Rok XL. Kraków, 23 Marca 1901. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki

I Z instytutu patologiczno-anatomicznego profesora Obrzuta we Lwowie.

Polipowaty mięsak szyi macicznej, jako nowotwór mieszany. *(Sarcoma hydropicum polyposum colli uteri embryoeides).*

Podał

Dr. Józef Krzyszkowski.

asystent instytutu.

Zanim opiszę szczegółowo spostrzegany przezemnie przypadek, pozwolę sobie w krótkości przypomnieć podział, budowę i zapatrywania na powstawanie mięsaków macicy w ogólności.

Mięsaki macicy dzielimy ze względów ściśle praktycznych na mięsaki trzonu i szyi; ze względów zaś na punkt wyjścia, — na mięsaki, wychodzące z miąższu ściany i na mięsaki, wychodzące z błony śluzowej macicy. Te ostatnie, t. j. mięsaki błony śluzowej ze względu na kształt i rozrost dzielimy znowu na mięsaki płaskie, czyli rozlane, i na mięsaki polipowate.

Podziały te, oparte na samym obrazie makroskopowym mają znaczenie oryentacyjne i wartość kliniczną, nie określają jednak budowy mikroskopowej, a jakkolwiek w pewnych postaciach przeważają zwykle i pewne obrazy mikroskopowe, — to pamiętać jednak należy, że cechy te nie są stałe i bardzo często zmienne. Histogeneza i na niej oparty podział stoją jeszcze otwarte; przeto każdy, dokładnie badany przypadek, może być cenną cegiełką dla całości.

Mięsaki miąższu macicznego rozwijają się albo z tkanki śródmiąższowej samej ściany, albo z włókniaków *(fibroides Sarcom)*, z włókniako-mięśniaków *(Myosarsum)*. Wychodzące z włókniaków (fibroidów), co do swego umiejscowienia mogą być podotrzewnowe, śródmiąższowe i podśluzowe, tworząc guzy mniejwięcej ściśle odgraniczone, dające się często ze swego łożyska łatwo wyłuszczyć. Drobnowidowo okazują zwykle budowę pasemkową i składają się z mięsakowych komórek owalnych lub wrzecionowatych, włókien mięśni gładkich i nierzadko tkanki śluzakowatej (myksomatycznej). Powstają zaś według jednych albo przez przemianę (metaplazyę) komórek mięsnych w komórki mięsakowe *(Myomata sarcomatosa*, Pick), albo, co wydaje się być racyonalniejszem, przez nowotwórcze bujanie tkanki śródmiąższowej *(Myosarcomata)*, komórki zaś mięsne zachowują się biernie, lub zgoła ulegają zanikowi.

Mięsaki, wychodzące z tkanki śródmiąższowej ściany macicznej, należą do postaci bardzo rzadkich, składają się z drobnych krągłych komórek nowotworowych, któremi miąższ macicy zostaje nacieczony na znacznej przestrzeni; ściana samego narządu jest zwykle mocno zgrubiałą, a światło niezmienione (tu należą przypadki Kahldena, Eppingera i v. Franquéa).

Mięsaki, wychodzące z błony śluzowej macicy, dotyczą w równym stopniu błony śluzowej trzonu, jak i szyi, i przedstawiają się jużto w postaci guzów rozlanych, nieraz nierównych, zajmujących początkowo naciekiem błonę śluzową, a przechodzących potem i na miąższ macicy, jużto występują w postaci wybułałości poli owatych, często uszypułowanych. Rozlane pochodzą z warstw powierzchownych, uszypułowane z warstw głębszych błony śluzowej. Tak jedne jak i drugie, t. j. rozlane i polipowate, powstać mogą jużto z bujania podłoża (tk. łącznej międzymiąższowej), jużto z błony zewnętrznej naczyń i to w równym stopniu krwionośnych, jak i chłonnych.

Pod drobnowidem spostrzegamy tu zwykle znaczną wielokształtność komórek: komórki okrągłe, owalne, wrzecionowate i olbrzymie (okrągłe przeważnie w postaciach rozlanych; v. Franqué przypadek 4); resztę, z domieszką tkanki śluzakowatej, widzimy częściej w polipowatych. Mięsaki błony śluzowej rozlane zwykle wypełniają i zmniejszają światło macicy, a szybko rosnąc przyprowadzają szybko warstwę gruczołową do zniszczenia, co jest powodem następowej zgorzeli.

Drugie, t. j polipowate są bardzo długo pokryte utrzymaną warstwą gruczołową. Warstwa ta nietylko znajduje się na powierzchni, lecz często przez przerastanie jej znajdujemy gruczoły porozrzucane i w głębi mas nowotworowych (niegdyś opisywano je jako „Adenosarcomata“, „Carcinosarcomata“ Virchow, Klebs). Odpowiednio do zachowania się naczyń i zmian wstecznych rozróżniamy: naczyniakomięsaki *(Telangiosarcomata)*, torbielomięsaki *(Cystosarcomata)*, (Fehling, Leopold, Fenger) a odpowiednio do obecności innego utkania: śluzomięsaki *(Myxosarcomata)* (Gusserow, Schulters, Pick, Vogler, Jacubasch, Heinzer). Do rzadkich postaci należą czyste olbrzymio-komórkowe (Beckmann, Borrmann) jako też barwikowe mięsaki czarne *(Melanosarcomata* Williams).

Wzrost mięsaków miąższu jest dość powolny, a kierunek zależny od umiejscowienia. Wzrost mięsaków błony śluzowej jest znacznie szybszy, a kierunek wzrostu zawsze ku światłu macicy. Powolny rozrost mięsaków miąższowych na błonę śluzową i to że mięsaki, wychodzące z głębszych warstw błony śluzowej, pozostawiają długo warstwę gruczołową nietkniętą, tłómaczy Borrmann[1]) specyalną budową narządu chłonnego błony śluzowej, a mianowicie, że naczynia

[1]) Borrmann. Ein diffuses Riesenzellensarkom des Cervix uteri mit Metastasen in beiden Ovarien u. s. w. »Zeitschrift für und Geb. Gyn.« B. XLIII. r. 1900.

chłonne, nie dochodząc do jej powierzchni, w niższych warstwach kończą się ślepo. Według Borrmanna rozrost postępuje przez wciskanie się komórek nowotworowych w przestwory śródtkankowe i naczynia włosowate chłonne, a dopiero w późniejszych okresach może przyjść do przebicia grubszych pni żylnych i dalszego tą drogą rozsiania. Wogóle według Borrmanna i Ortha mięsaki macicy w robieniu przerzutów posługują się często, w przeciwieństwie do mięsaków innych narządów, układem chłonnym.

O ile łatwem jest we wczesnym okresie rozwoju ocenić, czy mięsak wyszedł z włókniaka, czy z tkanki śródmiąższowej ściany, czy wreszcie z błony śluzowej i z której jej warstwy, o tyle w okresie późniejszym, gdy nowotwór wypełnił światło i przerósłszy ścianę przeszedł w otoczenie, a zwłaszcza gdy przyszło w nim do zmian drugorzędnych nekrotycznych i zgorzelinowych, ocenienie to jest bardzo trudne, — często zgoła niemożliwe i dlatego szczegóły te w piśmiennictwie są dość niepewne, a zapatrywania autorów na pierwotną lokalizacyę tak niejednakie.

Zważywszy częstość włókniaków macicy, mogących być punktem wyjścia dla mięsaków, powinnyby mięsaki miąższu się częściej przydarzać, — Gessner jednak na podstawie liczb statystycznych, zaczerpniętych z piśmiennictwa, przyszedł do przekonania, że mięsaki błony śluzowej są $1^1/_2$ razy częstsze od mięsaków miąższowych; v. Franqué natomiast na podstawie własnych spostrzeżeń i krytycznego uwzględnienia piśmiennictwa jest wprost przeciwnego zdania.

Mięsaki wychodzące z miąższu zdarzają się częściej w wieku późniejszym; z błony śluzowej natomiast w wieku młodym, polipowate znów są przeszło dwa razy częstsze od rozlanych.

Ilościowy stosunek mięsaków trzonu do mięsaków szyi
Geisler podaje jak 8:2
Gessner „ „ 8:1

Osobny dział stanowią tak zwane mięsaki polipowate szyi macicy.

Rzadki ten typ, opisywany jako: „Myxom" (Rein), „Myxosarcom" (Mundé) „Sarcoma lymphangiectaticum et hydropicum", „Adeno-Myxo-Sarcom" (Mundé),„ Myosarcoma striocellulare" (Pernice), „Papilläres hydropisches Collumsarcom" (Spiegelberg), „Sarcoma botryoides striocellular, enchondromatoses" (Pfannenstiel), pomimo zapatrywań v Kahldena i v. Franquéa, którzy byli przeciwni odosobnianiu, stanowił na podstawie obrazu mikroskopowego i wejrzenia makroskopowego, oraz wspólności klinicznego przebiegu, odrębną całość. Obecnie, na podstawie znakomicie obmyślonej pracy Wilmsa, przybywa do tego jeszcze jedno, a tem jest wspólność pochodzenia. Zapatrywanie Wilmsa tłómaczy doskonale różnorodność obrazów, spostrzeganą tak w jednym i tym samym przypadku, jak i wzajemny stosunek tych różnych obrazów we wszystkich postaciach, razem wziętych.

Rodzaj ten nowotworu, odznaczający się klinicznie wielką złośliwością, zdarza się równie dobrze w wieku dziecinnym ($2^1/_2$ lat), jak i w podeszłym (63 lat); przeciwnie rzecz się ma z analogicznymi nowotworami pochwy, które były spostrzegane li tylko w wieku dziecięcym.

Jakkolwiek prawie wszystkie przypadki, dotyczące tego rodzaju nowotworów, były bardzo szczegółowo opracowane i opisane, sądzę, że nie bez pożytku będzie ogłoszenie jeszcze jednego przypadku, zwłaszcza, że przypadek ten z powodu świeżości materyału i stosunkowo niezbyt daleko posuniętych zmian nadaje się do studyum histologicznego — i że, o ile mi wiadomo, w polskiem piśmiennictwie żaden dotychczas nie był ogłoszony, ani sprawa sama obszerniej traktowaną.

„Sarcoma hydropicum polyposum" początkowo przedstawia się w postaci zwykłego polipa śluzowego, nie mającego cechy złośliwości tak, że dopiero jego nawroty zwracają uwagę na złośliwość nowotworowego bujania. W późniejszym okresie nowotwór przedstawia się w postaci obfitych uszypułowanych wybujałości, — zwieszających się z ujścia zew. macicy, wypełniających nieraz całą pochwę, a nawet występujących na zewnątrz. Szypułki wydłużają się nieraz w cienkie słupki, a wtedy nowotwór robi wrażenie zaśniadu groniastego i składa się z licznych jagód galaretowatego wejrzenia, zabarwionych zastoinową krwią na bladoróżowo-czerwono, lub prawie czarno. Złośliwość nowotworu jest bardzo znaczną, o czem świadczy dowodnie to, że wszystkie przypadki skończyły się w krótkim stosunkowo czasie śmiercią. Zgon następował bądź wskutek przerzutów, bądź chery nowotworowej, bądź też wreszcie wskutek posocznicy.

Pierwszy opisał go Weber w roku 1867. Gessner zebrał i zestawił, kompletując Pfannenstiela, do roku 1899 przypadków 16; v. Franqué w. r. 1899 opisuje swój przypadek, jako 17-ty znany. Wilms, niezależnie od Gessnera, podaje zebranych w piśmiennictwie, wraz ze swoim, przypadków 18-ście W tem zestawieniu Wilmsa spotykamy kilka przypadków, rozpoznawanych przedtem jako guzy innej przyrody.

Większa część przypadków, przytoczonych przez Gessnera i Wilmsa są te same; a zestawiwszy wszystkie razem, otrzymamy następujących 23 przypadków.

L. porz.	Nazwisko autora	Rok publikacyi	Wiek chorej	Obok różnorodnych pierwiastków mięsakowych znaleziono jeszcze	Uwaga
1	Weber	1867	lat 45	mięśnie prążkowane	
2	Anderson i Edmannsohn	1869	„ 50	mięśnie prążkowane	
3	Kunert	1874	„ 35	mięśnie prążkowane	Przerzuty na klatce piersiowej.
4	Thiede	1877	„ 42	chrząstkę	
5	Spiegelberg	1879	„ 17		
6	Rein	1880	„ 21	chrząstkę	Przerzuty w gruczołach miednicowych.
7	Spiegelberg	1880	„ 31		
8	Thomas	1880	„ ?		Histologicznie nie badany.
9	Winkler	1883	„ 47		
10	Kunitz	1885	„ 19		
11	W. Müller	1887	„ 24	mięśnie prążkowane i chrząstkę	Przerzut pomiędzy spojeniem łonowem a pęcherzem.
12	Pernice	1888	„ 17	mięśnie prążkowane i chrząstkę	
13	Schröder i Holmeyer	1889	„ ?		Obraz mikroskopowy nie znany.
14	Munde	1889	„ 19		
15	Kleinschmidt	1890	„ 36		

L. porz.	Nazwisko autora	Rok publikacyi	Wiek chorej	Obok różnorodnych pierwiastków znaleziono jeszcze	Uwaga
16	Pfannenstiel	1892	lat 53	chrząstkę	
17	Richter	1892	„ $2^{3}/_{4}$	mięśnie prążkowane	Stwierdzone przy powtórnem badaniu przez Grawitza.
18	Gaymann	1893	„ 63		
19	Pick	1894	„ $2^{1}/_{4}$	mięśnie prążkowane	
20	Ganghofer		„ 8		Rozpoznany jako rak, jednak Wilms zalicza go do tej gromady.
21	Smith		„ 4		
22	von Franque	1899	„ 59		Przerzuty w gruczołach, płucach i w wątrobie.
23	Wilms	1900	„ 41	Obok różnorodnych komórek mięsakowych, mięśnie gładkie, włókna elastyczne, włókna tk. łącznej, tk. śluzakowej, chrząstkę i mięśnie prążkowane	
24	i wreszcie mój przypadek		„ 29		

(Ciąg dalszy nastąpi)

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Radcy dworu Prof. Dr. H. Jordana.

Nowsze metody w leczeniu zachowawczem spraw zapalnych przy- i okołomacicznych.

Podał

Dr. Wiktor Stankiewicz,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Nie rzadko mieliśmy sposobność spostrzegania przypadków, w których, czy to z powodu niekorzystnych warunków badania, jak n. p. grubości i jędrności powłok brzusznych, lub też z powodu niemożebności uzyskania dokładnych wywiadów, najczęściej dającego się wytłómaczyć nizkim stopniem inteligencyi chorej, nie można było niekiedy mimo dokładnego spostrzegania postawić ścisłego rozpoznania, zwłaszcza gdy szło czasami o rozstrzygnięcie, czy mamy np. do czynienia z guzem stałym wśród zbitej wypociny, czy też ze starym krwistekiem. Nie chcąc więc narażać pacyentek na nieprzyjemne skutki uśpienia chloroformowego, zastosowaliśmy tamponadę; wówczas po 2—3 tygodniowem leczeniu guz się nieraz zmniejszył tak dalece, że można było wybadać przydatki i przechylić rozpoznanie w jednym lub drugim kierunku.

Pouczającą pod tym względem jest następująca historya choroby:

(L. 20): U chorej, 30 lat liczącej, wystąpiły nagle przed 5 miesiącami bóle nad obu pachwinami i krwawienie, trwające 6 tygodni; leczona $2^{1}/_{2}$ miesiąca w szpitalu, zauważyła tu stałe powiększanie się brzucha; co do objawów zapadu i zachowania się regularności nic podać nie umie. Przy badaniu znaleziono guz, sięgający 2 palce niżej pępka, o powierzchni nierównej, mało ruchomy, miejscami zbitości torbiela, miejscami zaś twardy, wypełniający w znacznym stopniu wszystkie sklepienia; część pochwowa przyparta do spojenia łonowego; warga tylna wygładzona, trzonu macicy i przydatków oznaczyć nie podobna. Rozpoznanie waha się między krwistekiem po pękniętej ciąży zamacicznej, a guzem objętym wypociną. — Po 10 dniach spostrzegania zastósowano kolumnizacyę, piasek na brzuch po 4-tej tamponadzie guz znacznie się zmniejszył, po dziesiątej macica stała się wyraźnie wybadalna, również i zmienione przydatki; guz o połowę zmniejszył się, czyni wrażenie starego wylewu krwi.

Szereg innych przypadków przemawia za tem, że w niektórych wątpliwych razach metody te przyczynić się mogą do ułatwienia ścisłego rozpoznania. Przeciwskazanie do tych sposobów stanowią wszelkie sprawy zapalne w okresie ostrym, oraz, według Funkego, ze względów mechanicznych, pochwa starcza, jako mało podatna, a nadto pochwa u dziewic. Wprawdzie w tych ostatnich przypadkach rzadko zachodzi potrzeba użycia którejkolwiek z metod; przecież w dwóch razach przy tyłopochyleniu macicy częściowo przyrośniętej, sprowadzającej znaczne dolegliwości, użyto u dziewic z dobrym skutkiem zamiast wziernika, grubego drenu do założenia śrutu; w drugim przypadku kolpeuryntra z rtęcią.

Celem umożliwienia sobie oceny działania powyższych metod zestawiono przypadki, leczone tak ambulatoryjnie, jako też stale w klinice i szpitalu, częścią przy użyciu jednego jedynego sposobu, lub też przy wzajemnej ich kombinacyi.

W leczeniu zmian zapalnych przydatków, jako też okołoprzydatkowych, wobec przyjętej u nas zasady postępowania o ile możności jak najdłużej zachowawczego, a ograniczenia się we wskazaniach do zabiegów operacyjnych do przypadków prawdziwie rozpaczliwych, metody powyższe stosunkowo bardzo często znajdowały swe zastosowanie. Wyniki czasami mniej korzystne, zwłaszcza, gdy szło o zakażenie jadem rzeżączkowym, znajdują przyczynę w dwóch okolicznościach. Przedewszystkiem bowiem brak pewnych wskazówek, po którychby rozpoznać można było, iż wygasła żywotność drobnoustrojów, znajdujących się w tego rodzaju guzach, bo o te najczęściej chodzi, sprawia, że pacyentki niekiedy tamponady nie znoszą; lub też czasami występują zaostrzenia, zmuszające do chwilowego przerwania leczenia tak dalece, iż słusznem jest zdanie Doléris (8), iż w takich przypadkach częściej traci lekarz cierpliwość, niż sama chora. Powtóre umiejscowienie tych zmian nie zawsze jest przystępne do wywarcia ucisku. Obecnie częściej w tych przypadkach i z korzystniejszym wynikiem stosujemy przestrzykiwania gorące według Stratza.

Poprawę bardzo znaczną, nietylko podmiotową lecz i przedmiotową, jaką w większości przypadków uzyskaliśmy, tłómaczyć należy ustąpieniem wypociny, do której zgodnie ze zdaniem wielu ginekologów odnieść należy liczne przypady chorobowe. Dosyć często i to w krótkim stosunkowo czasie już po kilkakrotnej tamponadzie wybadać się dawały przydatki tak, że wówczas ich bliższe cechy i zmiany określić można było. Zdarzały się również i tego rodzaju przypadki, w których, aczkolwiek przedmiotowo wyraźniejszego polepszenia stwierdzić nie można było, pacyentki czuły się zdrowsze; poprawę w tym razie tłómaczyć sobie należy dłuższym spokojem i chwilowymi korzystniejszymi warunkami bytu.

Bardzo wdzięczne wyniki, zwłaszcza po zastosowaniu

obciążenia zapomocą śrutu, otrzymywaliśmy w przypadkach następstw po przebytem zapaleniu przy- i okołomacicznem, gdzie szło o przerwanie, względnie naciągnięcie, zrostów, czy to postronkowatych, czy też taśmowatych, zwłaszcza umiejscowionych w zatoce Douglasa, lub w razie skróceń więzadła szerokiego, głównie jego podstawy. W t zw. „parametritis post. Schultze“, cechującej się zgrubieniem, skróceniem, jakoteż bolesnością więzów krzyżowo-macicznych, będącej nieraz jedyną przyczyną, dla której chore zgłaszają się z powodu bolów, jakich doznają podczas spółkowania, można było po kilkarazowem założeniu śrutu stwierdzić ustąpienie bolesności tych więzadeł. W kilku przypadkach obniżenia jajników, przytwierdzonych częściowo w okolicy zatoki Douglasa wiotkimi zrostami zastosowano w celu ich uruchomienia, z polecenia Prof. Jordana założenie śrutu względnie kolumnizacyi w położeniu Campbella (położenie kolankowo-barkowe), z dodatnim i stosunkowo szybkim wynikiem; z wyjątkiem jednego razu, gdzie z powodu szerokich i grubych zrostów żadnego skutku uzyskać nie było można tak, że po bezowocnych próbach przystąpiono do wyjęcia jajnika drogą pochwy.

Chora w dalszym ciągu po zatamponowaniu powinna kilka razy dziennie układać się na przeciąg dwóch do trzech minut w to położenie. Na stosowanie podobnego ułożenia, które zaleca Bozemann (5) i West (21) przy tamponadzie, może pozwolić sobie tylko lekarz, mający pełne zaufanie pacyentki.

W razie umiejscowienia zrostów w okolicy dna wyniki są mniej wybitne; tu też wstępuje w swoje prawa ręczne mięsienie lub kombinacya jego z którąkolwiek z metod, ewentualnie zabieg operacyjny.

W przypadkach wysięków w następstwie zapalenia tkanki przymacicznej, jakoteż krwisteków pozamacicznych, o ile nie mamy do czynienia z ogniskami ropnemi, metody powyższe ze względu na umiejscowienie spraw patologicznych, sprzyjające możności wywarcia ucisku tak od zewnątrz jak i od wewnątrz, przyczyniają się do niezwykle szybkiego wessania produktów zapalnych. Tak n. p. w przypadku l. 2 po 8-krotnej tamponadzie ustąpił wysięk, sięgający na trzy palce niżej pępka, wypełniający całe tylne i prawe sklepienie.

Zadowalniające bardzo wyniki otrzymywaliśmy głównie przy stosowaniu śrutu w leczeniu tyłopochylenia, względnie zgięcia macicy. Na poparcie tego twierdzenia przytaczam, iż na trzydzieści przypadków (z tych trzy tyłozgięcia macicy ruchomej, reszta ustalonej) w dziewięciu tylko nie udało się macicy odprowadzić, tak dalece, iż sposób Schultzego rozrywania gwałtownego zrostów należy obecnie na klinice do zabiegów nadzwyczaj rzadkich.

Charakterystyczną w leczeniu tych zboczeń jest ta okoliczność, iż skutek występował zazwyczaj dosyć szybko; jeśli po dwu do trzech tygodniach nie uzyskaliśmy jakiegoś wyniku, natenczas przypadek nadawał się rzadziej do mięsienia ręcznego, raczej do zabiegu operacyjnego.

Streszczając pokrótce spostrzeżenia poczynione przy stosowaniu powyższych sposobów leczenia w najróżnorodniejszych zmianach zapalnych narządu rodnego kobiecego, dochodzimy do wniosku:

Metody przytoczone, pod względem działania bardzo blisko siebie stojące, zastosowane w odpowiednich przypadkach, są dzielnymi środkami leczenia, wpływającymi w stosunkowo szybki, a niezwykle łagodny sposób na wessanie produktów zapalnych; w skutkach swych bardzo rzadko szkodliwe, czynią w większości przypadków ręczne mięsienie zbytecznem, przy którem ze względu na ścisłość wskazań z jednej strony, z drugiej na różnorodność wrażliwości nerwowej u kobiet, mimo zachowania największych ostrożności w postępowaniu, ujemnych skutków nieraz uniknąć nie podobna.

Niezwykle prosta i dla lekarza wygodna technika, możność stosowania nie tylko u chorych stałych, ale i przychodnich, oto okoliczności, prz mawiające za poleceniem tych metod szerszemu gronu kolegów, zwłaszcza niespecyalistów.

W końcu składam podziękowanie J. Wmu P. Prof Jordanowi za łaskawe dozwolenie mi zużytkowania materyału klinicznego i szpitalnego.

Piśmiennictwo. Auvard: (1, 2): Sem medic. 1892 Nr. 46. Centralblatt f Gynäk. 1898 Nr. 12. Baumgärtner: (3): Centralbl. f. Gynäkol 1899 Nr. 7. S. 202. Bertram (4): Zeitschr. f. Gynäkol S. 150 VIII. Bozemann (5): 22, 48. „Columning“ the vagina The Americ. Journ. of obstetr. 1882 S. 198. Calman (6): Archiv. f Gynäkol. 1898. S. 482. Chrobak (7): Monogr. in Billroth-Lückes Handb. Doléris (8): Arch. de Tocol. et de Gynecol. Paris 1895. V. XXII. Nr 10, S. 737. W. A Freund (Centralbl. f. Gynäkol. 1897. p. 1195, XIX. Funke (10): Beiträg. f. Geb. u Gynäk 1898. I. B p. 263 Halban (11): Monatschr. f Geb. Gyn. B. X Nr. 2, p. 129. 1899. Kiefer (12). Zeitschr. f. Geb. Gyn. XXXV. Olshausen (13): Beitr. f. Gynäk. Geb. Stuttgart 1884. (58, 159—59) Pinkus (14): Zeitschr f. Geb. Gyn. Nr 39, p. 13. Pozzi: (15—16): Gaz. medic. de Paris 1895 Nr. 1 Ctbl. der Gynäk. S. 47—48. Sänger (17): Centralbl. f. Gynäk. 1890 XIV. p. 345 Stratz (18—19): Zeitschr. f. Geb. Gynäk. B. LXII, H 1, Centralbl. f. Gyn. 1899 Nr 6. Nr 17. F Walzer (20): Centralbl. f. Gyn. 1899 Nr. 7 (202—203) West J. (21): The Americ. Gyn and Obst. Journ Vol. XII, Nr. 4. Veit (22): Handb f. Gynäk. B. III. p. 827-828. v. Rosthorn (23): Veit. Handb. III. 3, S. 113.

III. *O obliczu u chorych.*

Podał Dr. J. Fels.

(Dokończenie).

Dla niedrożności jelit charakterystyczne są rysy twarzy zbolale i trwożliwe, zapadłe oczy z ciemną obrączką, sino zabarwione wargi i suchy, brudno obłożony, język; a jeżeli niedrożność już długo trwa, to mieć będziemy na twarzy wszystkie cechy zapadu: nos spiczasty, chłodny, błony śluzowe i małżowiny uszne sinawo zabarwione, twarz pokryta potem, podobnie jak w konaniu. W cholerze (swojskiej) rysy twarzy są zapadłe i przybierają zabarwienie sine, głos staje się cichy i ochrypły i t. d. W ostrem, rozległem zapaleniu otrzewnej twarz wyraża zapad, oddechanie jest płytkie i przyspieszone. W ostrej gruźlicy prosówkowej twarz jest bladosina, przytem występuje znaczna duszność i częste poty. Tężec można poznać ze szczękościsku, z tężcowego skurczu mięśni policzkowych i z charakterystycznego uśmiechu sardonicznego, t. j. charakterystycznie stężonego i boleśnie skurczonego wyrazu twarzy, oraz z tonicznego naprężenia mięśni grzbietu, t. zw. tężec tylny, *(opisthotonus)*. Lecz szczękościsk i tężec tylny zdarzają się także w zapaleniu opon mózgowych, a także w macinnicy i to w tym stopniu, że się musi chorą sztucznie odżywiać. Także i wodowstręt nadaje chorym, szczególnie w drugim okresie *(stadium hydrophobicum)* tak charakterystyczne wejrzenie, że obraz ten zostaje każdemu w pamięci, który go raz tylko widział. Występują napady tężcowych kurczów, przedewszystkiem kurcze gardła, ale także kurcze głośni, mięśni oddechowych, mięśni tułowia i kończyn, a napady te są połączone z bardzo znaczną dusznością i najstraszliwszem uczuciem trwogi i przygnębienia; przytem istnieje zwykle znaczny ślinotok. W odróżnieniu od tężca brak tu szczękościsku, tężca tylnego, a kurcze mają cechę napadową.

Krwawienie z nosa, ust i ucha po uszkodzeniach ,jakoteż krwiaki powiek i wybroczyny spojówkowe wskazują na złamanie podstawy czaszki. Dziś coraz rzadziej zdarzają się jeszcze przypadki raka wodnego, który u bardzo podupadłych, osłabionych dzieci występuje na policzku po odrze, częściej po ospie, płonicy, durze, cholerze i t. p, a może zająć połowę wargi dolnej i górnej, a nawet podbródek i skórę czoła. Początkowo powstaje obrzęk, który najpierw jest różowy, z czasem twardnieje, ciemnieje i przechodzi w czarny suchy strup zgorzelinowy, który się szybko rozszerza. Chorobie tej towarzyszy cuchnięcie zgorzelinowe, które ciągle się zwiększając, zapowietrza mieszkanie chorego. Ślinotok występuje w chorobach jamy ust, gardzieli, jamy nosowo-gardzielowej, nosa i w chorobach płciowych. Do ostatnich należy szczególnie ciąża, przy której niekiedy występuje uporczywy ślinotok, przeciw któremu leczenie prawie nic nie może zdziałać. Bardzo dokuczliwy jest także ślinotok przy porażeniu opuszkowem, gdzie ślina nie może być połknięta i ciągle wypływa z ust.

Bardzo ważną rolę u umysłowo chorych odgrywa wyraz twarzy. Osłupiała lub bardzo zmieniona twarz, nie odpowiadająca żadnemu odcieniowi prawidłowego wyrazu twarzy, który podczas rozmowy pozostaje czczy i nieruchomy, albo bardzo się wykrzywia, — bezprzyczynowe śmiechy, wykrzywianie się, jakoteż nieprawidłowe gestykulacye, ruchy automatyczne, a z drugiej strony brak odczynu mimicznego, są u dorosłych często objawami zaburzenia umysłowego. Oprócz tego nadmienię tylko trwożliwe wejrzenie w zadumie i obwisły układ twarzy z wiszącą wargą w paraliżu postępowym.

VII. Ruchy i porażenia. Na twarzy spostrzegamy często cechujące ruchy, z których już możemy rozpoznać chorobę. Z wykrzywiania ust i najrozmaitszych drgań mięśni twarzowych u dzieci łatwo rozpoznajemy pląsawicę. „Tic convulsif“, nerwica ruchowa, ogarnia głównie twarz, mięśnie oczne, wargi, lub też i dalsze mięśnie twarzy. W obrębie nerwu twarzowego wywołuje on t. z. mimiczny skurcz twarzy *(mimischer Gesichtskrampf)*, albo ogarnia nerw dodatkowy Willizyusza i wytwarza skurcz mięśni sutko-obojczyko-mostkowych *(Kopfnickerkrampf)*. I rwę nerwu trójdzielnego *(tic douloureux)* możemy często rozpoznać na pierwszy rzut oka, gdyż chorzy mówią tylko połową ust ze strony zdrowej i ściskają przytem mocno drugą połowę ust i zęby, aby zapobiedz przez to nasileniu rwy twarzowej. Czasem chorzy obawiają się wogóle usta otworzyć, bo przy każdej próbie mówienia i żucia, albo przy kaszlu, kichaniu i każdym ruchu mimicznym, dostają świeżego napadu. Anstie zauważył nagromadzenie się barwika w pobliżu punktów bolesnych *(points douloureux)*.

Następnie występują na twarzy różne postacie drżączki, jako to: drżączka starcza, opilcza rtęcicza i z nadużyć tytoniu; i spotykane głównie w Brazylii kiwanie głową zależy od nadużywania kawy. Przy stwardnieniu rozsianem w rdzeniu *(sclerosis disseminata)* może wystąpić również obok drżenia gałek ocznych drżączka w twarzy, czasami skurczowy śmiech lub płacz. Ten ostatni objaw towarzyszy niekiedy także wiądowi rdzenia i bezwładowi postępowemu. Ciągłe ruchy żucia znachodzimy u przeżuwaczy (ruminantów) i u starców. W drżączce poraźnej wprawdzie głowa rzadko jest zajęta; natomiast osobliwy, do maski zbliżony wyraz twarzy i sztywne trzymanie głowy są bardzo charakterystyczne.

Porażenie nerwu twarzowego łatwo można poznać po czole bez bruzd, po wygładzonym fałdzie nosowo-policzkowym, jakoteż po wykrzywionym kącie ust. Jeżeli przyczyna porażenia leży wyżej, natenczas znachodzimy obok porażenia nerwu twarzowego także zwisanie powiek górnych. Jednostronne pocenie się spostrzega się na czole i pochodzi z jednostronnego porażenia nerwu spółczulnego; równocześnie spotykamy zwężenie źrenic. Zez rozbieżny, rozszerzone źrenice, zwisanie powieki górnej pochodzą z porażenia nerwu okoruchowego. Nawrotowe porażenia nerwu okoruchowego towarzyszą długotrwającym stanom migrenowym *(migraine ophthalmique* Charcot), jednakże zawsze zachodzi podejrzenie istnienia organicznych zmian w mózgu (bezwład postępowy). Zwisanie powiek może zresztą być bądź wrodzone, bądź też wytworzyć się skutkiem dłużej trwającej jaglicy; wreszcie znachodzimy mniej lub więcej znaczne opadanie powiek u starców. Jeżeli zauważymy, że w przebiegu nowotworów złośliwych, próchnienia kości lub spraw zapalnych występują na twarzy objawy ograniczonych porażeń nerwów mózgowych, lub też rozleglejsze porażenia, albo przeciwnie, wystąpią drgawki, to należy przypuścić, że nastąpiły przerzuty w mózgu, albo zapalenie opon mózgowych.

VIII. Otrucia. Mdły wzrok, zapadłe oczy wśród nagłego zasłabnięcia wywołują podejrzenie otrucia. Jednocześnie występuje jeszcze cały szereg innych objawów, jak wymioty, bladość lub sinica twarzy, zapad, duszność; często występuje zimny, lepki pot, rozszerzenie albo zwężenie źrenic, porażenia, drgawki ogólne, szczękościsk, niekiedy nawet wybitny tężec i t. p. W otruciach kwasami żrącymi i alkaliami wargi, kąty ust i ich otoczenie nabierają często odpowiedniego zabarwienia. I tak przy otruciu kwasem siarkowym wargi i kąty ust pokrywają się strupami brunatnymi albo czarnymi; podobnie zabarwione smugi na skórze brody i szyi powstają wskutek oblania kwasem. Strupy nekrotyczne, powstające w ustach, gardle i na wargach w otruciu kwasem solnym, są bardzo podobne do zmian błonicznych tych części przewodu pokarmowego. W otruciu kwasem azotowym obumarła błona śluzowa warg, jamy ustnej i t. d. tworzy cechujące cytrynowo-żółte lub brunatne strupy. W rzadkich przypadkach otrucia amoniakiem powstają oparzenia warg i ust nawet przy wdechaniu amoniaku; przytem spojówki oczne zaczerwieniają się, występuje duszność, ślinotok i t. d. W otruciach alkaliami żrącemi strupy nie są brunatne i suche, jak przy otruciu kwasami, lecz stają się szarą i miękką miazgą.

W otruciach arszenikiem występują objawy, podobne do objawów cholery azyatyckiej: rysy stają się zaostrzone, skóra chłodna, blada, czasem sina, oczy zapadłe, otoczone ciemną obwódką, oddech ciężki. Jeżeli śmierć nie nastąpiła w pierwszych dniach, to występują objawy zatrucia przewlekłego, mianowicie: szare zabarwienie twarzy, zapalenie i zaczerwienienie spojówek, błony śluzowej nosa i przewodu oddechowego; powstają pęcherzyki i krosty na skórze, a włosy i paznogcie wypadają i t. d. Po wdechaniu arsenowodoru występuje po pierwszych ostrych objawach otrucia zabarwienie skóry czerwone, jak w płonicy, potem żółte, a niekiedy i bronzowe. W otruciu fosforem może wystąpić żółtaczka. Ciemno-żółte zabarwienie skóry, błon śluzowych, jakoteż wszystkich narządów wewnętrznych, występuje w otruciu kwasem pikrynowym i utrzymuje się przeszło ośm dni. Przy otruciach związkami miedzi występuje także czasami żółtaczka.

W otruciu nitrobenzolem (olejek Mirbany, wyskok migdałowy) sinawe lub sinawo-szare zabarwienie twarzy, błon śluzowych i skóry, utrzymujące się przez kilka dni, wraz z zapachem migdałów w powietrzu wydechanem są to objawy tak charakterystyczne, że umożliwiają rozpoznanie i bez wywiadów. W otruciach aniliną i toluidyną powstaje również z powodu zmian we krwi znaczna sinica, a nawet czarne zabarwienie skóry, warg i jamy ustnej. Również i otrucia ostre przetworami pochodnemi aniliny (acetanilidyna czyli antyfebryna, egzalgina, antysepsyna) przypominają znaczną sinicą warg i jamy ustnej otrucia aniliną. Już po kilkudniowych dawkach 1·5 dziennie antyfebryny występuje często ciemne, czarno-sine zabarwienie warg, błon śluzowych, policzków, uszu i paznogci. Jest to objaw, ostrzegający przed dalszem podawaniem tego środka. Laktofenina ma często wywoływać żółtaczkę nieżytową; podobnie powstaje żółtaczka przy otruciach chininą i tussolem. Przewlekłe zatrucie azotanem srebrowym *(argyria)* charakteryzuje się szaro-czarnem, albo raczej niebiesko-zielonem zabarwieniem bądź poszczególnych części, bądź całych powłok ciała.

W otruciu tlenkiem węgla (czad, gaz świetlny) skóra

i błony śluzowe są z początku zaczerwienione, potem bledną, nareszcie stają się szaro-sinawe i sine. Często z początku występuje duszność, potem zamartwica *(asphyxia)*, śpiączka, przy końcu drgawki. Przytem już na twarzy można zauważyć jasno czerwone plamy od hemoglobiny tlenko-węglowej. W otruciu kwasem pruskim lub sinkiem potasowym otruty pada na ziemię z krzykiem, jak w napadzie padaczkowym, poczem występują kurcze drgawkowe i tężcowe; gałki oczne wytrzeszczone, lśniące; źrenice rozszerzone, znaczna sinica twarzy i warg, potem następuje okres ogólnego porażenia z ciężkim, wydłużonym wydechem. Kurcze drgawkowe i tężcowe występują również w drgawkowej postaci przewlekłego zatrucia sporyszem *(ergotismus convulsivus)*. Przytem mogą wystąpić tężec tylny i przodowy *(emprosthotonus)*, szczękościsk, drgawkowe ruchy mlaskania i żucia, wogóle obrazy, które można pomięszać z tężcem, wodowstrętem, padaczką itp. Drżenia i drgawki twarzy i kończyn występują także przy otruciu kolchicyną i truciznami, działającemi na mózg, *(Hirnkrampfgifte)* tj. santoniną, pikrotoksyną i cykutoksyną. Ostatnia jest zawarta w szaleniu wodnym *(cicuta virosa)*, którego korzenie przez pomyłkę zamieniają szczególnie dzieci z innymi korzeniami jadalnymi (pietruszka). W otruciu szaleniem występują ogólne drgawki padaczkowe, zgrzytanie zębami, pienienie z ust, rozszerzenie źrenic i znaczna sinica. Podobnie w otruciu akonityną występują: ślinotok, wymioty, zimne poty, drgawki, oddech ciężki i charczący. Najbardziej cechujące są wybitne napady tężca ogólnego w wypadkach otrucia strychniną. Każdy bodziec zewnętrzny, działający na zmysły, jak dotknięcie, szmer i t. d. wywołują odruchowo tężec przedni, brak oddechu, sinicę, wytrzeszczenie gałek ocznych, rozszerzenie źrenic przy świadomości zupełnie utrzymanej.

W otruciach makowcem i morfiną stwierdzamy śpiączkę i silne zwężenie źrenic. U dorosłych bardzo rzadko, a u dzieci prawie regularnie występują kurcze, szczególnie szczękościsk. Od ostrego zatrucia morfiną *(morphinismus acutus)* należy jeszcze odróżnić postać najostrzejszą *(morphinismus acutissimus)*, która powstaje przez zastrzyknięcie morfiny wprost w żyłę. Postać ta otrucia cechuje się dusznością, trwogą, bladością twarzy, rozszerzeniem źrenic, sztywnością karku, szczękościskiem, kurczem mięśni twarzy, kurczami drgawkowymi i szybką utratą świadomości. U morfinistów nawykowych zwężenie źrenic jest również najstalszym i najczęstszym objawem. W ostrem otruciu kokainą możemy rozróżnić cztery postacie chorobowe, a mianowicie: najlżejszą jest zapad kokainowy, cechujący się bladością, zawrotami, zimnym potem i omdleniami; drugą postacią jest podniecenie kokainowe, połączone z osobliwą wesołością i gadatliwością, która czasami potęguje się do majaczenia kokainowego z urojeniami, a nawet do ostrego szału. Kurcze kokainowe stanowią trzecią postać, cechującą się kurczami drgawkowymi i padaczkowymi lub histerycznymi, a niekiedy tężcowymi. Czwartą postacią jest śpiączka kokainowa; powstaje przy otruciu bardzo znaczną dawką kokainy i daje obraz otrucia odurzającego. Nawykowi kokainiści są bardzo wychudzeni, skóra szaro-blada, oczy zapadłe, mięśnie wiotkie itd.

W otruciach tropeinami (atropina, hyoscyamina, skopolamina i homatropina) źrenice są rozszerzone, spojówki nastrzykane, twarz zaczerwieniona i obrzękła, skóra sucha, szkarłatna, złudzenia, omamy, szał, szczękościsk. I w cięższych postaciach otrucia wyskokiem następuje utrata przytomności, oddech staje się powolny, ciężki, charczący, wargi sine, lecz twarz zwykle jest blada, skóra pokryta zimnym, lepkim potem, źrenice rozszerzone, a niekiedy przyłączają się kurcze tężcowe, drgawkowe i szczękościsk. Nałogowego pijaka każdy poznaje po czerwonej obrzękłej twarzy i takimże nosie itd. W ostrem otruciu nikotyną występuje znaczna bladość twarzy, zimny pot, ślinotok, czkawka, dławienie, wymioty itd., a jeżeli lekarz zostaje wezwany do chłopca, który nagle zbladł, zemdlał, a może dostał wymiotów, to nie powinien spuszczać z oka, że może w takim przypadku idzie o otrucie nikotyną, powstałe wskutek wypalenia pierwszego papierosa.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676 C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Część kliniczna: Choroby umysłowe dzieli W. na ostre i przewlekłe. Te ostatnie mogą być *ab origine* przewlekłe lub też mogą stanowić niepomyślne zejście chorób ostrych; rozpadają się one na dwie grupy: pierwszą, obejmującą stany zafałszowania świadomości i drugą, obejmującą stany braków w świadomości. Pierwszą grupę zwie W. grupą stanów pomięszania (paranoicznych) bez względu na to, czy stany te są pierwotne, czy też następowe. Stany pomięszania mogą polegać na zafałszowaniu świadomości osoby, — tak zwane stany pomięszania autopsychiczne, na zafałszowaniu świadomości świata zewnętrznego — t. zw. stany allopsychiczne i na zafałszowaniu świadomości cielesności — tzw. stany somatopsychiczne. Chory, który mieni się być inną osobą, niż nią jest w istocie, lub np. który nie uznaje się za umysłowo chorego, okazuje stan autopsychiczny; chory, który np. twierdzi, że jest prześladowanym, okazuje stan allopsychiczny; chory wreszcie, który jest przekonany o zmianie swego ciała, n. p. że wypięknial, a prawda jest odwrotną, np. że brzuch jego jest siedliskiem gadów itd. okazuje stan somatopsychiczny. Zazwyczaj zdarza się, że jeden i ten sam chory okazuje dwa lub wszystkie trzy te stany razem.

W. nie uznaje przewlekłego pomięszania umysłu (paranoia) za jednostkę kliniczną, ściśle określoną, albowiem przypadki pomięszania różnią się między sobą nietylko co do objawów, lecz i co do źródła swego pochodzenia. Ztąd stany przewlekłe, nieuleczalne zafałszowań świadomości, a zatem zaburzenia rozumu, zwie stanami pomięszania wogóle. Żeby zaś zadość uczynić objawom w poszczególnych przypadkach, daje przypadkom tym nazwy „autopsychozy“ „allopsychozy“ „somatopsychozy“ „autoallopsychozy“ „autosomatopsychozy“ „allosomatopsychozy“ i całkowitej „psychozy“ (tj. „autoallosomatopsychozy.“) Jeżeli dany przypadek przewlekłego stanu pomięszania wywiązał się następowo z innej, ostrej psychozy, dodaje do nazwy jego objaśnienie, np. autopsychoza następowa w odróżnieniu od takiejże samej psychozy, która wystąpiła w sposób przewlekły samoistnie, czyli pierwotnie. Samo przez się jest zrozumiałe, że nieraz nie da się określić, czy stan pomięszania jest następowy, czy pierwotny, jeżeli się nie ma danych co do przeszłości chorego.

W przebiegu tych stanów zauważa się pojawianie się urojeń wyjaśniających *(Erklärungswahn)*. Urojenia te mogą być ze względu na rodzaj zafałszowanej świadomości różne. N. p. somatopsychiczne urojenie wyjaśniające polega na tem, że chory, któremu się zdaje, że ma w brzuchu węże itd., pomawia osoby ze swego najbliższego otoczenia, n. p. rodzinę, iż oni mu te węże do brzucha wpuszczają. Urojenia wyjaśniające autopsychicznego pochodzenia łączą się ze zjawiskiem tak zwanych „myśli swoistych“ *(autochthone Ideen)*. Chory zauważa powstawanie w swym umyśle myśli jemu obcych. Myśli te zbliżone są do myśli przymusowych, lecz różnią się od tych ostatnich tem, że myśli przymusowe nie bywają odczuwane przez chorego jako obce, lecz owszem, jako własne, ale wbrew woli jego w umyśle się wyłaniające. Natomiast „myśli swoiste“ odczuwa chory jako myśli wręcz mu obce, w umysł jego przez innych mu wtłoczone, wpojone, poddane itd. „Myśli swoiste“ nie powstają w drodze zwykłego kojarzenia, lecz w ten sposób, że w narządzie kojarzenia powstaje w pewnem miejscu chorobowe podrażnienie, które jest silniejsze od podrażnienia prawidłowego przy

czynności kojarzenia tak, iż kojarzenie prawidłowe musi uledz zaburzeniu. Otóż te „myśli swoiste“ stają się źródłem urojeń wyjaśniających autopsychicznego pochodzenia. Zależnie od stopnia wykształcenia roi chory, że Bóg mu wpaja te myśli dobre, a szatan myśli złe, że jego przyjaciele lub wrogi poddają (czasem wykradają) mu te myśli zapomocą hipnozy, telefonu, niewidzialnego telegrafu. Zjawisko „swoistych myśli“ nazwał Cramer „głośnem myśleniem“ — *(Gedankenlautwerden)*. Urojenia wyjaśniające pochodzenia allopsychicznego, mają swe najczęstsze źródło w złudzeniach zmysłowych. Tak iluzye jak i halucynacye, które nie są niczem innem, jak zjawiskami zboczeń czucia, zafałszowują świadomość świata zewnętrznego. Chorzy, wierząc w rzeczywistość tych złudzeń, tłómaczą sobie ich źródło w sposób fizyczny, t. j. złudzenia słuchowe tłómaczą jako istotne głosy wrogów lub przyjaciół, jednostek wyższych itd., płynące do nich przez tajemne otwory w ścianach, niewidzialne telefony, telegrafy, nawet telegrafy najnowszego wynalazku tj. bez przewodu, złudzenia wzrokowe, tłómaczą jako zjawiska rzeczywiste, wywołane np. przyrządami rzutowymi; złudzenia dotykowe, jako następstwa np. tajemnego elektryzowania, smakowe i węchowe jako skutki zadawanych im np. trucizn. W ten sposób może przyjść do powstania u chorego urojenia prześladowczego. Treść halucynacyi zależną jest przytem zawsze od formy chorobowej.

Chory, dotknięty przewlekłym następowym stanem pomięszania przedstawia w swem życiu psychicznem już nie jednolitę osobę, jaką był i czuł się w stanie zdrowia, lecz zbiór różnych osobistości (np. czuje się raz bogiem, to znów szatanem, to znów człowiekiem tym lub owym), czyli stan jego obecny przedstawia się jako „rozpad osobowości (indywidualności)“. Przyczyną tego rozpadu jest wedle *W.* rozluźnienie w układzie kojarzenia, wywołane przez przebytą a nie uleczoną ostrą psychozę. To rozluźnienie w układzie kojarzenia stanowi przerwę w jego ciągłości, odpowiadającą ubytkowi pewnych czynności asocyacyjnych; *W.* zowie je sejunkcyą. Ubytek zaś pewnych czynności asocyacyjnych odpowiada objawom ogniskowym *(Ausfallssymptome)* w chorobach organicznych mózgu. Hipoteza sejunkcyi tłómaczy nam zarówno istotę przewlekłych, jak i ostrych psychóz, a już przynajmniej najważniejsze ich objawy, równające się objawom ogniskowym w chorobach mózgu. Halucynacye natomiast, będące objawami podrażnienia, nie dają się wytłómaczyć hipotezą sejunkcyi. W każdym jednak razie proces sejunkcyi może równorzędnie przebiegać z objawami podrażnienia, które mogą go nawet na razie przysłaniać. Ten wspólny przebieg tych zmian tłómaczy się dostatecznie dotychczas znanem nam doświadczeniem, że sprawy chorobowe, niszczące nerwy (zatem sprawa sejunkcyi), działają na nie zarazem jako podniety drażniące. W psychicznym odruchowym łuku *Cs.-A.-Z.-Cm.* stanowią obrazy pamięciowe siedliska energii, nagromadzającej się drogą nerwów dośrodkowych. Energia, zawarta w *Cs*, odpływa stale ku *Cm*, tak, że jest ona stale w ośrodkach tego łuku rozmieszczona. Otóż jeżeli proces sejunkcyi przerwie w pewnym punkcie ten prąd płynącej stale energii, to wywołuje on wstecz od tej przerwy zbytnie narośnięcie energii, działającej z czasem jako podnieta drażniąca. Sejunkcya na przykład w drodze *Cs. A* musi wywołać w *Cs.* narośnięcie energii do tego stopnia, że zaczyna ona działać na *Cs.* drażniąco, wskutek czego zjawiający się w *Cs.* stan czynny, nie mający swej podstawy w odpowiednim bodźcu od obwodu, stanowi nam halucynacyę. Sejunkcya w obrębie *A Z.* sprowadza w *A* stan czynny bez właściwej obwodowej przyczyny, tj. stwarza myśl dla chorego obcą, czyli myśl „swoistą“ *(autochthone Idee)*. Tak więc myśli swoiste i halucynacye są sobie pokrewne, wywołane są bowiem narośnięciem energii w ośrodkach łuku psychicznego odruchu, leżących przed miejscem, zniszczonem sprawą sejunkcyi. Myśl przymusowa zaś jest skutkiem podrażnienia przy utrzymanej, sejunkcyą nie zniszczonej ciągłości łuku odruchowego. Z podanego wyjaśnienia istoty halucynacyi wynika, że nie muszą one stanowić dowodu trwającej, ostrej choroby, lecz mogą być następstwem przebytej choroby, która sejunkcyę wywołała. Zdarza się nieraz, że uleczenie ostrej psychozy przedstawia się przez to, że po ustaniu ostrej psychozy zostało jeszcze przyzwyczajenie do nagromadzania się energii w ośrodku, poza którym sejunkcya czasowo przerwała ciągłość łuku tak, że człowiek, zresztą już zdrowy, doznaje jeszcze halucynacyi. Stan ten zwie *W. hallucinosis residuaria.*

Wszystkie czynności i przeważnie więcej pojedyncze ruchy świadome stanowią czynność świadomości osoby. W przewlekłych psychozach zdarzają się stany parakinetyczne i akinetyczne, odpowiadające powolnemu sumowaniu się objawów ogniskowych. Objawy ruchowe akinetyczne i parakinetyczne, będące również następstwem sejunkcyi, stają się źródłem „urojeń wyjaśniających“. Pewna chora krążyła ustawicznie w kółku, kręcąc się zarazem koło swej osi. Ten chorobowy ruch wywołał w niej urojenie, że jest ziemią i musi krążyć. Do takich parakinetycznych ruchów zaliczają się wymowne (ekspresywne) ruchy twarzowe, wyrażające ból, wściekłość i t. d. mimo, że dla nich nie ma u chorego podstawy i on sam je za obce sobie uważa. Objawy akinetyczne ruchowe i hiperkinetyczne zdarzają się w ostrych psychozach; akinetyczne mogą się zdarzyć także w chorobach przewlekłych i to pochodzenia psychosensorycznego, jak np. u pewnego chorego, który wierząc, że ma w sobie maszynę piekielną, nie ruszał się wcale z obawy przed wybuchem. Częściowe akinezye w stanach przewlekłych także pochodzenia psychosensorycznego, przedstawiają się jako jadłowstręt, skutkiem niemożności połykania, niemota *(mutacismus)*. Objawy ogólne akinetyczne zdarzają się zwykle w okresie zaostrzenia psychóz przewlekłych i stają się powodem „urojeń wyjaśniających“ tej treści, że chory w czasie bezruchu nie żył, zmarł, gdy bezruch ustąpił, że zmartwychwstał, że zatem jest Chrystusem. Innym razem urojenie to będzie jeszcze zabarwione pamięcią wzwidywań z czasu bezruchu. Czasem znowu doznaje chory w czasie bezruchu bolesnych sensacyj, że ginie śmiercią męczeńską, umiera i t. d. „Urojenia wyjaśniające“ mogą być wreszcie wywołane przez prawidłowe zjawiska życia, lub przez małoznaczne zaburzenia czynnościowe. W tych atoli razach urojenia te nie są samoistne, lecz dołączają się do innych. I tak np. głęboki sen, z którego się budzi chory, może być przezeń tłómaczony jako skutek podstępnego odurzenia go. (C. d. n.)

V. Wyciągi.

Reismann: **Uproszczona podpora dla macicy, względnie pochwy.** *(Münch. med. Wochen.*, Nr. 6, 1901). Kawałek drenu, wewnątrz wypełniony watą, 20—25 ctm. długi, 12—14 mm. gruby, zgina się i wiąże oba końce wolne od waty dwa razy, w odległości $1^1/_2$—2 ctm. Pomiędzy związania przeprowadza się dwa dłuższe dreny tak, że będą dwa końce od przodu, dwa od tyłu. W końce tych drenów umocowuje się haczyki, służące do zaczepiania o pas miednicowy.

Zgięty dren wkłada się do pochwy; przednie dreny biegną przez okolicę pachwinową, tylne przez pośladki, końce ich zaś zapinają się na pas. Jako zaletę podnosi autor łatwy sposób zrobienia, elastyczność, znaczniejszą niż w krążkach kauczukowych, nie przeszkadzanie w oddawaniu moczu i stolca, a wreszcie łatwość założenia przez samą chorą. *P.*

Markl: **W sprawie znachodzenia się prątków gruźliczych w maśle wiedeńskiem i w margarynie.** *(Wien. klin. Wochs.*, Nr. 10, 1901). Mniejwięcej przed 10 laty ogłoszono pierwsze spostrzeżenia znachodzenia się prątków gruźliczych w maśle. Z początku sprawa ta zdawała się bardzo doniosłą, zwłaszcza, że mnożąco się w tym kierunku badania wykazywały wprost zastraszający odsetek masła zakażonego. Później jednak przekonano się, iż istnieje cały szereg gatunków prątków, barwiących się podobnie, jak gruźliczy; niektóre z tych prątków mogą nawet u morskich świnek wywoływać zmiany, podobne do gruźlicy, nie będące jednak gruźlicą. Wobec tego koniecznem się stało sprawdzenie dawniejszych badań, co obecnie nie trudno przeprowadzić, gdyż poznano sposoby odróż-

nienia prątków gruźlicy prawdziwych od rzekomych. Badania ponowne prowadzić jednak należy odrębnie w każdej miejscowości, gdyż w różnych miejscach rozpowszechnienie się gruźlicy u bydła i, co zatem idzie, częstość zakażenia masła może być rozmaitą. — Wśród 43 próbek targowego masła wiedeńskiego i 3 gatunków margaryny nie znalazł M. ani razu prątków gruźliczych, a raz tylko prątki gruźlicy rzekomej. *Z.*

Beck i Rabinowitsch: **Dalsze badania wartości próby Arloing-Courmonta w rozpoznawaniu gruźlicy.** *(Deutsch. med. Wochs.*, Nr. 10, 1901). W przeciwieństwie do samych wynalazców próby surowiczej w gruźlicy, oraz kilku badaczy francuskich, większość autorów niemieckich, sprawdzających wartość sposobu Arloing-Courmonta, odmawia mu wszelkiego znaczenia. B. i R. już w dawniejszej swej pracy *(Deutsch. m. Wochs.*, Nr. 25, 1900) wykazywali, że próba ta rzeczywiście jest bez wartości, gdyż wśród 17 przypadków rozpoczynającej się gruźlicy wystąpiła aglutynacya tylko w 6 = 35·3%, wśród 16 przypadków gruźlicy posuniętej i innymi sposobami badania łatwo dającej się stwierdzić, — nawet tylko w 4 = 25%. Wreszcie wśród 5 przypadków, w których przypuszczano gruźlicę, i w których występował odczyn po tuberkulinie, próba aglutynacyjna Arloing-Courmonta tylko raz dała wynik dodatni. Ponieważ jednak Arloing i Courmont zarzucili B. i R., iż zastósowanie tuberkuliny może udaremniać próbę surowiczą, mącąc jej wyniki, przeto obecnie B. i R. podjęli ponowną seryę doświadczeń. Użyto do tego wołów, nie badanych zapomocą tuberkuliny, u których sprawdzano stan ustroju zapomocą sekcyi. Okazało się przytem, że wśród 19 wołów zdrowych i 4 dotkniętych innemi chorobami (nie gruźlicą), raz tylko próba surowicza dała wynik ujemny, zresztą aglutynacya zawsze następowała, nawet 5 razy w stosunku 1:30, a raz 1:40. Natomiast wśród 17 zwierząt z początkami gruźlicy próba surowicza 3 razy zupełnie zawiodła, 3 razy wypadła dwuznacznie. Nawet w gruźlicy posuniętej zdarzało się, że próba wypadała ujemnie. Wobec tego próba Arloing-Courmonta nie nadaje się wcale do rozpoznawania gruźlicy, tem mniej w początkach choroby, gdzie zdaniem wynalazców miała właśnie stanowić wyborny jakoby sposób rozpoznawczy. *C.*

G. Engelhardt i K. Neck. **O zmianach występujących w wątrobie i żołądku po resekcyi sieci.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* t. 58 z. 2, 3, 1901). Przed dwoma laty zwrócił Eiselsberg uwagę na niezbyt rzadkie pojawianie się wymiotów krwawych po tych operacyach, w toku których resekowano sieć. Badanie pośmiertne wykazywało w niektórych z tych przypadków owrzodzenia na błonie śluzowej żołądka. W szeregu badań, przeprowadzonych przez tego autora na zwierzętach, znaleziono również liczne wybroczyny w błonie śluzowej. Na przeszłorocznym Zjeździe chirurg. niem. doniósł Friedrich o swoich badaniach doświadczalnych, które wykazują, że obok wymienionych zmian w żołądku, często znaleźć można zmiany w miąższu wątrobnym w postaci ognisk obumarłych. Sprawy tej żaden z wymienionych autorów nie wyjaśnia, wobec czego E. i N. postanowili drogą doświadczalną zbadać przyczynę tego ciekawego zjawiska chorobowego. Ogółem wykonali 21 doświadczeń na zwierzętach. Resekcyę sieci wykonywali wśród najściślejszej aseptyki. Następnie zabijali zwierzęta chloroformem w rozmaitych odstępach czasu od operacyi (3—12 dni). Przy sekcyi baczną zwracano uwagę na naczynia w obrębie pola operacyjnego, żołądka, żyły bramnej i tętnicy wątrobnej. Obecności skrzepów w zakresie tych naczyń nie wykazano w żadnym przypadku; natomiast znaleziono w 11 przyp. przy badaniu drobnowidowem liczne skrzepy w żyłach (rzadziej w tętnicach) pozostałej części sieci, w szczególności w pobliżu założonej podwiązki. W pewnej liczbie przypadków kikut sieci był silnie obrzękły, w kilku częściowo obumarły. W 8 przyp. wystąpiły wybitne zmiany w miąższu wątrobnym pod postacią licznych, ostro zarysowanych, bladożółtych ognisk, wielkości główki od szpilki lub ziarna soczewicy. Niektóre z nich otoczone są ciemnoczerwoną obwódką. Ogniska te, usadowione przeważnie przy powierzchni wątroby, nie wystają ponad otoczenie, zbitością swą nie różnią się wybitnie od reszty miąższu. Badanie drobnowidowe wykazuje, że opisane powyżej ogniska są ogniskami nekrotycznemi. Obumarcie dotyczy jednego lub też całej gromady zrazików. W otoczeniu tych ognisk znajdowano w drobnych i średnich rozgałęzieniach (nie międzyzrazikowych) żyły bramnej liczne warstwowe skrzepy, odpowiadające cechami swemi skrzepom, zawartym w naczyniach kikuta sieci. Skrzepy te były niewątpliwie pochodzenia zatorowego. Powyższy obraz histologiczny zasługuje z tego względu na uwagę, że znaleziono ogniska obumarłe bez zaczopowania naczyń międzyzrazikowych. Za przyczynę więc całej sprawy uważać należy liczne zatory, stanowiące jako następstwo bezkrwny, względnie bezkrewno-wybroczynowy zawał.

Zmiany w żołądku przedstawiały się w pewnej liczbie przypadków jako liczne drobne wybroczyny błony śluzowej, usadowione między fałdami lub na ich szczycie; w reszcie przypadków nie znaleziono zmian żadnych. Te wyniki stoją w sprzeczności z spostrzeżeniami Friedricha i Hoffmanna, który u swoich zwierząt znalećli w 5 przyp. wyraźne owrzodzenia. Zdaniem Hoffmanna owrzodzenia wytwarzają się najczęściej w ciągu 4—6 dni. E. i N. nie znajdowali natomiast owrzodzeń nawet u zwierząt zabitych w 6—12 dni po operacyi. Przy badaniu drobnowidowem nie znaleziono w żadnym przypadku ognisk obumarłych w błonie śluzowej; w 2 wykazano liczne skrzepy w obrębie drobniejszych naczyń żylnych błony śluzowej i podśluzowej. Wobec braku zmian w ścianach tych naczyń, związek tych skrzepów ze sprawą zakrzepową w kikucie sieci zdaje się nie ulegać wątpliwości. Eiselsberg także dopatrywał przyczynę tych zmian w żołądku w zatorze wstecznym. W przypadkach autorów wspomniane zaczopowania naczyń nie wywołały żadnych zmian w odpowiednich częściach błony śluzowej żołądka. Czysto zresztą mechanicznemu działaniu skrzepu niezakażonego przypisują E. i N. wpływ podrzędny; powstanie zaś owrzodzeń w przyp. Friedricha i Hoffmanna tłómaczą działaniem drobnoustrojów, zaniesionych prądem krwi wraz z skrzepem. Również Eiselsberg z naciskiem podnosi znaczenie zakażenia, zwłaszcza u człowieka, gdzie przy podobnych zabiegach na sieci operuje się zazwyczaj w tkankach, uległych zakażeniu. *Urbanik.*

H. Maag. **Próba wskrzeszenia** *(ad modum Prus)* **mężczyzny, zmarłego w czasie usypiania chloroformem.** *(Ctrbl. f. Chirur.* Nr. 1, 1901). U robotnika, liczącego lat 27, który dawniej nadużywał napojów wyskokowych, zastosowano naciąganie nerwu kulszowego z powodu rwy. Po upływie 15 minut od chwili rozpoczęcia usypiania chorego, t. j. po podaniu 15 grm. chloroformu, wystąpiła zamartwica (asphyxia), którą zwalczono zwykłymi sposobami, poczem w ciągu kilku minut ukończono operacyę. W tej chwili pojawiła się znowu zamartwica, której pomimo energicznego ratunku, (pociągania języka, sztuczne oddychanie, ugniatanie klatki piersiowej w okolicy serca i t. d.) niezdołano usunąć. Wobec tego rozcięto tchawicę i wdmuchiwano powietrze do płuc. Kiedy atoli ani tętno, ani oddech nie wracały, natomiast wystąpiła sinica i ciepłota się obniżyła, autor przeciął 3 i 4 żebro, — przyczem jednak otworzył lewą jamę opłucnową. — objął ręką serce, które nie okazywało żadnych skurczów i rozpoczął bezpośrednie mięsienie. Równocześnie wdmuchiwano powietrze do płuc zapomocą węża gumowego i rurki, która niedokładnie przylegała do tchawicy, skutkiem czego część powietrza uchodziła nosem i ustami: aby temu zapobiedz, zatkano te otwory ręką. Już po kilku uciśnięciach serca pojawiły się pierwsze jego skurcze, zrazu słabe, stopniowo coraz mocniejsze, a w pół godziny później pierwszy samoistny oddech. Niebawem operowany odzyskał zupełnie prawidłową czynność serca, głęboki regularny oddech, naturalną barwę twarzy, tętnice w ranach zaczęły krwawić, źrenice były zwężone, szczęki bardzo mocno zwarte, umysł nieprzytomny. W przekonaniu, że wszelkie niebezpieczeństwo minęło, po opatrzeniu ran, zniesiono chorego do łóżka. Po upływie 30 minut oddech nagle osłabł i w kilku minutach ustał. Zaczęto znowu wdmuchiwanie powietrza, ale już bez skutku. Stopniowo rozwinęła się dość znaczna bębnica, ponieważ powietrze wdmuchiwane dostawało się także do gardzieli i przełyku. Tymczasem serce jeszcze 8 godzin pracowało prawidłowo, poczem nagle przestało, a chory, który przez cały ten czas wyglądał jakby śpiący, z chwilą ustania czynności serca miał wejrzenie zmarłego. Przy sekcyi znaleziono wynaczynionki podopłucnowe, prawostronne zrosty opłucnowe, serce wiotkie, zastawki i tętnicę główną prawidłową, przeponę znacznie ku górze wysklepioną skutkiem silnego wzdęcia żołądka i jelit.

Autor kończy następującemi uwagami: 1) „Sądzę, że Prus wskazał nam właściwą drogę, skoro zalecił wskrzeszanie zmarłych z powodu otrucia chloroformem zapomocą wdmuchiwania powietrza i bezpośredniego mięsienia serca. Nie ulega wątpliwości, że mój chory rzeczywiście odżył, a tylko przypadkowe nieszczęśliwe okoliczności zrządziły, że to wskrzeszenie nie było trwałem". 2) Należy używać odpowiedniej rurki do wdmuchiwania powietrza, aby nie pozwolić mu wniknąć do żołądka i jelit. Wdmuchiwanie ustami jest prawdopodobnie rzeczą niewłaściwą, ponieważ powietrze takie już raz było wdychiwane. 3) Przy odsłanianiu serca należy unikać uszkodzenia opłucnej. *Dr. J. Markowski.*

Dr. R. Jedlička. **O wstrzykiwaniach podpajęczych.** *(Sbornik klinický* T. II. Z. III). Praca ta, oparta na obfitym materyale literackim (115 prac) i nie mniej bogatem doświadczeniu na 101 spostrzeżeniach w klinice Maydla, zasługuje ze wszech miar na uwagę. Przedewszystkiem podnosi autor, że t. zw. „kokainizowanie rdzenia metodą Biera" jest tylko modyfikacyą sposobu Corninga, zaleconego jeszcze w r. 1885. Następnie, wychodząc z założenia, że kokaina jest bardziej trującą, niż eukaina i że rozczyny

pierwszej o wiele trudniej wyjaławiać, niż drugiej, używał autor wyłącznie 2 lub 3% roztworów eukainy, z którego to roztworu wstrzykiwano pod opony rdzenia zwyczajnie 1—1½ kctm., w wyjątkowych przypadkach nawet 1—3 kctm. Tej metody znieczulania używano w wielu przypadkach laparotomij, do operacyi na kończynach dolnych, na międzykroczu, odbytnicy, częściach rodnych zewnętrznych i przy operacyach ginekologicznych. Bezbolesność rozpoczyna się już w 4 min. po wstrzyknięciu i postępując ku górze, w 7—10 minut dosięga pępka. Niekiedy sięga aż do wysokości sutków, wyjątkowo jeszcze wyżej. Rozległość bezbolesności zależy od rozpłynięcia się eukainy w płynie mózgowordzeniowym. Aby to rozpłynięcie się ułatwić, poleca autor wstrzykiwać w położeniu poziomem chorego i przed wstrzyknięciem odpuścić tyle płynu mózgowo-rdzeniowego, wiele się później nastrzyknie roztworu eukainy. W rzadkich przypadkach wraz z bezbolesnością występuje porażenie kończyn dolnych i to wcale rozlegle, gdyż tylko m. lędźwioudowy (psoas) nie zostaje porażonym. Czynność serca zawsze pozostaje regularną, — tylko u starców tętno staje się słabsze, u nich więc nie powinno się używać tej metody. W pojedynczych przypadkach już w tym Iszym okresie spostrzegał nudności i wymioty, zwolnienie zwieracza rzyci, „dermografismus", wzwód prącia. Wszystkie te objawy są przemijające. W drugim okresie, który trwa 3—6 godzin, chorzy czują się zupełnie dobrze — poczem dopiero występuje ból głowy i podniesienie się ciepłoty. Te 2 objawy utrzymują się parę godzin, a wyjątkowo trwają aż do dnia następnego. Ból głowy zależeć się zdaje jedynie od zwiększonego parcia płynu w przestrzeni podpajęczej; — dlatego nigdy nie powinno się zaniedbywać odpuszczenia paru sz. ctm. płynu mózgowo-rdzeniowego przed wstrzyknięciem eukainy. Wstrzykiwania roztworów soli obojętnych do rdzenia u zwierząt nie dały wyników dodatnich. Autor kończy zdaniem, że eukainizowanie rdzenia w ten sposób, jak się to dzieje w klinice Maydla, jest metodą zupełnie pewną bez wszelkich niebezpieczeństw i zasługującą na rozpowszechnienie. *Herman.*

H. Marx i Fr. Woithe. **Sposób oznaczania stopnia jadowitości bakteryj.** *(Archiv Langenbecka* T. 62 Z. III). Ciało bakteryj składa się z dwóch istot: euchromatycznej i hipochromatycznej. Podział ten polega na fakcie, że pewne części bakteryj więcej chłoną barwika i w preparacie mikroskopowym lepiej występują, inne mniej. Zjawisko to szczególnie wyraźnie występuje przy barwieniu preparatów szkiełkowych sposobem Neissera (błękit metylenu i wezuwina). Autorowie zauważyli, że w miarę wzmagania się żywotności bakteryj i ich jadowitości, nagromadza się w nich coraz to więcej istoty euchromatycznej, — skutkiem czego cała bakterya, wzgl. liczne w niej punkciki (t. z. ciałka Ernst-Babesa), barwią się przy powyższej metodzie czysto niebiesko. I na odwrót: — równolegle ze zmniejszaniem się jadowitości bakteryj zmniejsza się ich powinowactwo do barwika i takie słabe bakterye barwią się niewyraźnie i brudno. Więc tą metodą łatwo oznaczyć można nie tylko stopień jadowitości badanych drobnoustrojów, ale nawet wobec zakażenia mięszanego wykazać, które bakterye głównie dany obraz chorobowy spowodowały; nie wszystkie jednakowoż bakterye chorobotwórcze dają ten odczyn. *Herman.*

Löwenhaupt. **Postępowanie przy poronieniu.** *(Die Heilkunde,* Nr. 1 i 2, 1901). Przy zagrażającem poronieniu należy zalecić: bezwzględny spokój, uregulowanie oddawania moczu i kału; dyeta ma być łatwo strawna, nie podniecająca: unikać wszelkich przestrzykiwań, tamponowania i okładów: z leków zaś podać makowiec, *viburnum prunifolium,* lub *hydrastis canadensis.*

Jeżeli poronienie jest ukończone, wyszło całe jaje, a kobieta nie krwawi i nie gorączkuje, postępowanie jest takie, jak ze zwykłą położnicą. Jeżeli poronienie jest w toku, to wskutek znacznej ilości utraconej krwi popada chora albo w silną niedokrewność, albo się skrwawi. Pozostałe części jaja rozkładając się mogą sprowadzić zapalenie ogólne albo przy lepszem zejściu zapalenie błony śluzowej macicy, polipy łożyskowe, lub *deciduoma.*

Chcąc się przekonać, czy część jaja nie pozostała, należy palcem zbadać jamę macicy. Jeżeli ujście jest dla palca niedrożne, należy po odpowiedniem oczyszczeniu pochwy wytamponować o ile się da gazą jodoformową wnętrze macicy i pochwę. Pozostawiona w ten sposób gaza albo sprowadzi urodzenie się jaja lub jego resztek do pochwy, albo rozszerzy ujście tak, że będzie drożne dla palca. Gdyby mimo tamponowania ujście było zamknięte, a bądźto wskutek krwotoku, bądź też podwyższenia się ciepłoty, było wskazanie do szybkiego ukończenia poronienia, należy użyć rozszerzadeł, metalowych, szklanych, kauczukowych lub blaszkownicy, najlepiej jednak, jeżeli się tylko da, palcem ujście rozszerzyć. Palcem dadzą się prawie zawsze wydobyć resztki pozostałego jaja; nie dadzą się tylko wtenczas, jeżeli są przyczepione w dnie lub rogach macicy: wtedy, jak również i przy rozkładających się już resztkach, używamy łyżeczki. Przy skrobaniu należy drugą ręką przez powłoki kontrolować ruchy łyżeczki w macicy. Po usunięciu wszystkich pozostałych resztek, czego dowodem jest ustanie krwawienia, przestrzykuje się jamę macicy roztworem lizolu lub nadmanganezianu potasowego, albo 50% roztworem alkoholu.

Nie należy skrobać, jeśli stwierdzamy bolesność i oporność w podbrzuszu przy istniejącem już zapaleniu otoczenia macicy, przy zapaleniu w jamie brzusznej i przy gorączce połogowej. Po skrobaniu podaje się sporysz lub ergotynę i dalej postępuje się tak, jak z położnicą.

Poronienia, którym towarzyszy podwyższenie ciepłoty, mogą być dwojakie: 1) przy pierwszych podniesienie ciepłoty zwykle jest spowodowane rozkładem pozostałych resztek pod wpływem bakteryj gnilnych. Zakażenie to rozpoczyna się zwykle dreszczem, gorączką, która się utrzymuje z nieznacznem jednak nasileniem, równocześnie pojawiają się odchody cuchnące; tętno i stan ogólny nie ulegają wybitnym zmianom. W przypadkach tych należy usunąć rozkładające się resztki, przepłókać macicę, wytamponować gazą jodoformową, na powłoki położyć zimny okład i podać napoje wyskokowe. Jeżeli usunięto wszystko, ciepłota w dniu następnym powinna być prawidłowa. 2) W drugim przypadku prawdziwego zakażenia połogowego *(sepsis)* podniesienie ciepłoty wywołują specyalne drobnoustroje chorobotwórcze. Początek jest nagły; po dreszczu następuje podniesienie ciepłoty z typem zwalniającym, przyspieszenie tętna do 130 uderzeń na minutę; oddechanie utrudnione, ból w krzyżach i dolnej części brzucha, nogi ziębną, ból głowy, bezsenność. Postępowanie lecznicze przy tego rodzaju zakażeniu zależeć będzie od stanu ogólnego chorej i jej tętna. Jeżeli tętno nie przechodzi 100 uderzeń na minutę, to mimo dreszczów i gorączki postępowanie będzie wyczekujące. Na odwrót, przy ciepłocie nawet niższej, jeżeli tętno jest szybkie i miękkie, należy przystąpić do leczenia czynnego. Wybór leczenia zależeć będzie od badania przez pochwę. Jeżeli znajdziemy otoczenie macicy wolne od zmian chorobowych, a zajęto tylko wnętrze macicy *(endometritis septica),* wtenczas należy przestrzykać jamę macicy 2—3 litrami roztworu lizolu, co można powtórzyć po 12 godzinach. W rozpaczliwych bardzo przypadkach można, za radą Prochownika, całą macicę wyjąć. Jeżeli są jakieś zmiany w otoczeniu macicy, czy to w naczyniach, czy w tkankach, poprzestaje się na leczeniu ogólnem, zmierzającem do podniesienia odporności całego ustroju, wzmożenia akcyi serca i przyspieszenia zwijania się macicy. *P.*

V. Schmieden. **Przyczynek do nauki o wolnych ciałach stawowych.** *(Archiv Langenbecka.* Tom 62, Z. 3). Autor przyjmuje, że tylko dwa czynniki etyologiczne wchodzą tu w rachubę: zapalenie zniekształcające stawu i uraz. Nieraz bardzo trudno sprawy te od siebie rozróżnić; rozstrzyga dopiero mikroskop, który w pierwszym przypadku wykazuje zmienione części składowe stawu, w drugim prawidłowe. Dalej przyjmuje autor, że ciała te, mimo że nie są wcale uszypułowane, mogą wzrastać po początkowych zmianach wstecznych, a to dzięki osmozie z mazi stawowej. *Herman.*

G. Engelhardt i K. Neck. **O zmianach w wątrobie i żołądku po podwiązaniu sieci.** *(Deutsche Zeitschrift f. Chir.* T. 58, Z. 3 i 4). Kilku już autorów przedsiębrało szereg doświadczeń, aby wytłomaczyć krwotoki żołądkowe, niekiedy się zdarzające po podwiązaniu sieci, na które zwrócił uwagę Eiselsberg. Za innymi poszli E. i N. i znaleźli, że po rozległem nawet podwiązaniu sieci dużej występować mogą ogniska nekrotyczne w wątrobie i błonie śluzowej żołądka, mające cechę zatorów z niedokrewności, a źródłem ich są odrywające się skrzepy z żył podwiązanej sieci. *Herman.*

P. Herz. **W sprawie resekcyi żyły odgoleniowej** *(v. saphena)* **sposobem Trendenlenburga.** *(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie.* t. 58 z. 3, 4, 1901). Mimo iż zalecona przez Trendelenburga resekcya żyły podskórnej odgoleniowej *(v. saphena)* zdoła w wielu przypadkach usunąć doszczętnie żylaki podudzia wraz z towarzyszącemi dolegliwościami, — sposób ten na razie nie uzyskał szerszego zastosowania. Przyczyna tkwi z jednej strony w tem, że metoda jest stosunkowo nową (podana w r. 1891), z drugiej zaś w względnie nierzadko spostrzeganych nawrotach. Z chwilą zastąpienia zwykłego podwiązania żyły przez wycięcie większego odcinka z jej pnia, o przywróceniu drożności w naczyniu, jako przyczynie nawrotów, prawie że mowy być nie może. Nawroty wogóle mogą być spowodowane: albo istniejącą, względnie wytwarzającą się, niedomykalnością zastawek (zarówno w głębokich żyłach uda), albo też wytworzeniem się komunikacyi między oboma odcinkami żyły drogą bocznych jej gałęzi. Wobec tego operacya nie może się ograniczyć tylko do resekcyi samego pnia, ale musi także uwzględnić dokładne odszukanie i podwiązanie wszystkich, nawet najdrobniejszych gałęzi bocznych. Uwzględniając te szczegóły, podaje autor następujący sposób operacyjny: wysokie ułożenie kończyny; cięcie poprzeczne dłu-

gości 6—10 ctm. po wewnętrznej stronie uda, na granicy jego środkowej i dolnej trzeciej części; odsłonięcie żyły podskórnej odgoleniowej (*v. saphena*); podwiązanie jej i resekcya wraz z wszystkiemi w ranie leżącemi gałęziami bocznemi; głębokie i dalekie podminowanie brzegów rany zapomocą noża gałkowego; szew skórny. Leczenie następowe; leżenie w łóżku przez 3 tygod. z kończyną podniesioną i dokładnie owiniętą opaską flanelową. Do leczenia tym sposobem nadają się zdaniem autora nawet te przypadki, w których próba uciskowa Trendelenburga dała wynik ujemny. Próba ta pozwala bowiem ocenić obecny stan pobocznego krążenia żyły podskórnej odgoleniowej, lecz nigdy nie poucza o ukształtowaniu się tych stosunków w przyszłości. Ogółem zastosował H. sposób ten w 46 przypadkach. Nawroty spostrzegano w 12·5% przyp. Autor radzi zaniechać stosowanego dotychczas przez siebie podminowania brzegów, gdyż powstają wskutek tego głębokie blizny, których wrażliwość na ucisk zwykła się przez długi czas utrzymywać. Cel zamierzony przez podminowanie bardzo dobrze osiągnąć się daje odpowiednim przedłużeniem cięcia skórnego. W dołączeniu znajduje się dokładny opis 17 przypadków, operowanych powyższym sposobem. *Urbanik.*

C. T. Noeggerath. **Zachowanie się bakteryj spadłych z powietrza w świeżej ranie zwierzęcej.** *(Deutsche Ztschr. f. Chir.* T. 58, 3 i 4). Autor dowodzi doświadczalnie, że niebezpieczeństwo zakażenia rany z powietrza jest małe, gdyż ilość bakteryj w powietrzu zawieszonych jest bardzo mała, — a wśród nich tylko mała cząstka chorobotwórczych. Nadto te ostatnie znajdują się w stanie nie przystosowanym, — a zanim, znalazłszy się w nowych warunkach, zdołają o tyle się przystosować, aby się rozmnażać, a względnie zakażać, drażnią tkankę zwierzęcą w tym względzie, że tymczasem ustrój zdoła w miejscu zaatakowanem zgromadzić tyle środków obronnych, aby je zupełnie wyeliminować. *Herman.*

Doc. Ludomił Korczyński. **Przyczynek kliniczny do kazuistyki ropnego zapalenia wątroby i przewodów żółciowych w następstwie kamicy żółciowej.** *(Wiener medizinische Presse*, Nr. 4, 1900). W typowo przebiegających przypadkach zapalenia ropnego wątroby rozpoznanie według K. nie przedstawia wielkich trudności, szczególnie, gdy się wie o przebytej kamicy żółciowej. W razie przeciwnym, gdy sprawa zdaje się występować jako choroba pierwotna, nie wystarczy często kierować się jej objawami, zebranymi przez Pehla, a wtedy można postawić rozpoznanie tylko prawdopodobne, które dalszy przebieg choroby może potwierdzić. W klinice lekarskiej krakowskiej były leczone dwa podobne przypadki. Na podstawie objawów, jak bolesność i powiększenie wątroby, szczególniej płatu prawego, bolesność w okolicy woreczka żółciowego, żółtaczka, obecność barwników żółci w moczu, podniesiona ciepłota z torem przepuszczającym, przyjęto, że w przypadku pierwszym, opisywanym przez K., toczy się w przewodach żółciowych i woreczku żółciowym sprawa zapalna ropna, która dała powód do ogólnego zakażenia ustroju. Przypuszczenie to potwierdziło badanie bakteryologiczne, wykazujące gronkowce we krwi. Przypadek opisywany z wielu względów wyróżnia się między podobnymi. Przedewszystkiem sam początek choroby, okazujący na podstawie wywiadów objawy kamicy żółciowej, odnieść należy na $1^1/_2$ roku przed wystąpieniem sprawy ropnej. Po kilku miesiącach następnych, w czasie, w którym objawy kamicy zupełnie przycichły, przebyła chora zapalenie kiszki ślepej, poczem od czasu do czasu wracają dawne bóle i nowy objaw — dreszcze. Obydwa te objawy odnieść należy już nie do napadów kolki wątrobnej, ale do przewlekłego, zaostrzającego się czasami zapalenia woreczka, do czego najprawdopodobniej dało powód wtargnięcie *bacterium coli commune* do głównego przewodu żółciowego, drażnionego ciągle przez odchodzące kamienie. Dopiero teraz drobnoustroje ropotwórcze mogły znaleźć odpowiednie dla siebie podłoże, sprawa przechodzi na dalsze przewody i ich rozgałęzienia i daje powód do ogólnego zakażenia ropnego. Przebieg choroby dzieli K. na trzy okresy. W pierwszym rozszerzenie się sprawy ropnej na przewody żółciowe, szczególnie prawy, utrudnia odpływ żółci tak dalece, że wywołuje znaczniejszego stopnia żółtaczkę. W drugim okresie przychodzi do zakażenia ogólnego, sprawa ropna rozszerza się i na płat lewy, jednak z powodu niespodziewanego odejścia większej ilości zatrzymanej żółci i ropy, żółtaczka ustępuje, a nasilenie choroby w płacie prawym się zmniejszyło. Najbardziej interesującym jest okres następny. Z powodu objawów ropnia w płacie lewym wykonano nakłocie próbne, w następstwie czego treść ropnia wylała się do jamy brzusznej bez wywołania znaczniejszych objawów zadrażnienia otrzewnej. Treść ta musiała więc być jałową. Jest to drugi znany w piśmiennictwie przypadek ropnego zapalenia wątroby w następstwie kamicy żółciowej, gdzie sprawa chorobowa sama przez się tak szczęśliwy wzięła obrót dla chorej, która w niedługim potem czasie zupełnie wyzdrowiała.

W drugim przypadku, opisywanym przez K., punktem wyjścia dla sprawy ropnej był wspólny przewód żółciowy, zatkany przez kamień, który dał powód do zupełnego zatrzymania odpływu żółci, rozszerzenia przewodów i woreczka. Do tego przyłączyła się sprawa zapalna zakaźna, która drogą rozgałęzień żyły bramnej przeszła na komórki wątrobne. W tym czasie nastąpiło zniszczenie ścian woreczka, wywiązało się zapalenie otrzewnej ze zrostami i utworzyło się połączenie między woreczkiem a dwunastnicą. Tą drogą część kamieni odeszła i mogła żółć odpływać. Trudności rozpoznawcze polegały w tym przypadku na braku żółtaczki i na tem, że z wywiadów nie można było stwierdzić, czy nie istniała przedtem kamica żółciowa. *W.*

E. Reiss. **Spostrzeżenia kliniczne nad zapaleniem szpiku w kościach długich, ze szczególnem uwzględnieniem zachowania się chrząstki nasadowej i towarzyszących spraw zapalnych w stawach.** W pracy tej, opartej na materyale kliniki Bergmanna, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) przy częściowem zniszczeniu chrząstki nasadowej — może nastąpić jej odrodzenie; 2) w innych przypadkach cała linia nasadowa ulega skostnieniu; 3) następstwem jest skrócenie kości; 4) jednakowoż to upośledzenie wzrostu następuje tylko wówczas, gdy zniszczona zostanie warstwa chrząstki, przylegająca do trzonu; 5) naodwrót, chrząstka nie zajęta sprawą chorobową, a drażniona jakąś sprawą patologiczną, toczącą się w trzonie, może bujać nad miarę, powodując wydłużenie się kości; 6) w stawach może się toczyć zapalenie surowicze, ropne lub przewlekłe, doprowadzające do zrostu. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Wolf (Wiedeń): **Przyczynek do zastosowania niektórych środków nowszych w chorobach dziecięcych.** *(Archiv. für Kinderheilkunde*, T. 31, Zeszyt I i II.

1) Wyciąg eterowy z paprotki ciernistej *(Extractum aether. aspidii spinulosi)*, podobny z wejrzenia do wyciągu z paprotki samczej *(Extr. filicis maris)*, używany przez autora zamiast tegoż w dawce 3—4 grm. przeciw tasiemcom w sześciu przypadkach u dzieci, a w dwie godziny potem środek przeczyszczający, wpływał korzystnie, gdyż po 4—8 godzinach tasiemiec zwykle odszedł. Wobec braku objawów szkodliwych W. zaleca dalsze próby.

2) Jodalbacid i chloralbacid są to połączenia halogenów z istotami białkowatemi. Jodalbacyd, użyty przez autora w 12 przypadkach, zawiera 10% jodu związanego, jest bez zapachu, prawie bez smaku. W przypadkach zołzów i kiły już w drugim tygodniu po podaniu tego leku objawy chorobowe łagodniały i następował przyrost na wadze. W przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych dziecko mimo wysokiej ciepłoty nie traciło dużo na wadze. (?) Podobnie rzecz się miała w przypadku „*Poliomyelitis anterior acuta*". Podawano w 1—3% rozczynie. (Jaka dawka? *Przyp. sprawozd.)*. Objawy zatrucia jodem nie występowały i dlatego przekłada W. jodalbacyd nad inne przetwory jodu. Chloralbacyd stósował W. u ośmiu osesków krzywiczych z zaburzeniami w narządzie trawienia, a badanie treści żołądkowej wykazało potem brak wolnego kwasu solnego i zmniejszenie ilości kwasu mlekowego. Już na drugi dzień wymioty ustały, a czwartego dnia wodniste stolce stały się zbitsze. Chloralbacyd jest to proszek żółto-brunatny bez zapachu, w rozczynie smaku przyjemnego, zawiera 3% chloru. Podawano przed podaniem pokarmu jedną łyżkę stołową z rozczynu 1—2%.

3) Naphtalan. W. użył naftalanu w 20 przypadkach ostrego i przewlekłego wyprysku, w 6 przypadkach świerzbiączki i w 1 stupienia woszczynowatego, według następującego przepisu (Fricke): *Naphtalan 50·0, Zinci oxydat, Amyli aa 25·0.*

Wyniki w przypadkach wyprysku na głowie i twarzy były znakomite, a wyleczenie następowało po 10—14 dniach. W leczeniu świerzbiączki wyniki nie były lepsze, niż przy użyciu innych środków. *Jan Landau.*

Heroina. W nowszych publikacyach: Lorota *(La Medicine orient*, 1900). Americo Da Veiga *(Tribune Medice*, 1900) Casp. Basile *(Arch. Internaz. Medic. Chirurg.* 1900) Normana *(New. York med. Jour.* 1900) Lazamsa *(Bost. Med. and Surgic. Jour.* 1900) Hyams-a *(Med. New-York* 1900), Gifford-a *(Intern. Medic. Magaz.* 1900), Mitchell-ego *(The Virg. Med. Semy-Monthly*, 1900) podają autorowie zgodnie, iż heroina jest bardzo cennym i skutecznym środkiem we wszystkich schorzeniach przewodu oddechowego, jest w stanie zmniejszyć liczbę oddechów, a zwiększyć przerwę oddechową, jak nie mniej pogłębić pojedyncze oddechy, działając w ten sposób kojąco, zmniejszając pobudzenie do kaszlu i bóle mięśniowe i opłucnowe. Pośrednio działa heroina, jako

środek gorączkowy. Na serce heroina nie wpływa. Ciśnienie krwi w naczyniach prawie się nie zmienia, — pomyślnie oddziaływa na tętno i usuwa arytmię. Podanie heroiny jest wskazanem w kaszlu, duszności, bólach piersiowych, uczuciu lęku, bicia serca, i w bezsenności, wywołanej przeszkodami w oddechaniu. Heroina zmniejsza poty u dotkniętych gruźlicą, a przypadków przyzwyczajania się do heroiny nie stwierdzono dotychczas. Zdaniem autorów heroina jest w działaniu pewniejszą od kodeiny, równoważną z morfiną, nie wywołując jednak działań ubocznych, jak ta ostatnia. Heroinę stosowali ze skutkiem bardzo pomyślnym także Pawiński i Adelt w Warszawie (*Heilkunde*, Nr. 1, 1900). *Dr. Ig. L.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

10. Posiedzenie naukowe z dnia 1 marca 1901 r.

Przewodniczący kol. Beck, obecnych 72 członków.

I. Kol. Beck odczytuje list „Towarzystwa Samopomocy lekarzy.“ Następnie przedstawia kolegów: Reichensteina i Greka, jako gości.

II. Wybrano komisyę przemysłowo-lekarską; w skład jej weszli następujący koledzy: Bądzyński Stanisław, Gluziński Antoni, Krzyżanowski Kalikst, Łukasiewicz Włodzimierz, Machek Emanuel, Mars Antoni, Merczyński Emil, Niemiłowicz Władysław. Radzikowski-Eljasz Stanisław, Rydygier Ludwik, Świątkiewicz Michał, Wiczkowski Józef i Ziembicki Grzegorz. Wybór nastąpił przez aklamacyę.

III. Kol. Mars demonstruje 82 letnią kobietę, u której pomimo tak późnego wieku, wykonał z powodzeniem doszczętnego wycięcia dużego torbiela jajnikowego i usunął przepuklinę pępkową.

IV. Kol. Ziembicki referuje o wynikach znieczulania rdzeniowego sposobem Biera; obserwacye przeprowadzono na kilkunastu chorych w oddziale chirurgicznym szpitala pow. — Wyniki były zdumiewające, kol. Ziembicki zachęca do dalszych badań. — Referat ten wywołał żywą wymianę myśli; przemawiali koledzy: Sielski, Mars, Wehr, Ziembicki i Pisek.

V. Kol. Marischler mówił o *neurofibromatosis generalisata* i przedstawił chorego N. N., lat około 20, nie obciążony dziedzicznie w kierunku chorób nerwowych, ani nowotworu. Przed paru miesiącami spostrzegł bolesne guzki najprzód na kończynach a potem i na tułowiu. Guzki te powiększając się i rozprzestrzeniając, pozwalają obecnie stwierdzić wzdłuż przebiegu wszystkich nerwów skórnych różnej wielkości guzowatości, które przy ucisku, a także i odeń niezależnie, są dość bolesne; z tego powodu chory ma chód utrudniony i przykurczenia kończyn górnych. Prócz tego na skórze widać liczne plamy barwikowe odcienia kawy mlecznej. Narządy wewnętrzne zmian nie okazują. — Kol. Reichenstein demonstruje preparaty histologiczne, udowadniające słuszność rozpoznania (Preparaty sporządzono z wyciętego guzka, który już makroskopowo stał w związku z torebką nerwową).

W dyskusyi przemawiali: kol. Łukasiewicz, który część guzków, umiejscowionych pod pachami, uważa za powiększone gruczoły — a plamy barwikowe na skórze uważa za objaw niezależny od głównego cierpienia. Kol. Gluziński A. jest przeciwnego zapatrywania i dodatkowo nadmienia, że ta postać cierpienia bardzo rzadko może trwać lata całe. Zejście zaś następuje albo z powodu powikłań niezależnych od cierpienia głównego, albo, co jest częstszem, wskutek zajęcia sprawą nowotworową jakiego ważnego nerwu, n. p. nerwu błędnego.

VI. Kol. Krzyszkowski demonstruje preparaty anat. patol. a) Typowy okrągły wrzód dwunastnicy, który z powodu nadżarcia tętnicy trzustkowej był powodem zejścia śmiertelnego; preparat pochodzi z 60-letniej kobiety, u której dodatkowo znaleziono w dwunastnicy poczynający z przerzutami w trzech gruczołach rak brodawki Vatera. (Rozpoz. poparte prep. drobnowidowymi). b) Wielokrotne przewlekłe tętniaki tylnej ściany lewej komórki sercowej; jeden z nich (największy) groził przebiciem; powstały one na tle rozległego zbliznowacenia mięśnia; preparat pochodzi z mężczyzny 62-letniego z rozległymi zmianami miażdżycowemi w tętnicach. *Dr. J. Krzyszkowski*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 20 lutego 1901 r.

Przewodniczy kol. prof. Kostanecki. Obecnych członków 68. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto bez zmiany.

I. Przewodniczący odczytuje list od wdowy po ś. p. doktorze Köhlerze z podziękowaniem za wyrazy współczucia.

II. Pismo Rady miejskiej w sprawie wzięcia udziału w otwarciu wodociągu — przyjęto do wiadomości.

III. Również przyjęto do wiadomości pismo nowoutworzonego Stowarzyszenia Samopomocy lekarzy dla Galicyi, Śląska i Bukowiny w sprawie przystępowania nowych członków do tego stowarzyszenia.

IV. Z powodu, że wykład p. inżyniera Ingardena zajmie wiele czasu, demonstracye kolegów Glińskiego i prof. Kostaneckiego odłożono do przyszłego posiedzenia.

V. Następnie p. inżynier Ingarden w dłuższym, bo przeszło półtorej godziny trwającym wykładzie, zaznajomił obecnych z budową geologiczną terenu Bielan i okolicy, następnie z urządzeniem wodociągu, objaśniając opis licznymi rysunkami technicznymi. W toku wykładu poruszył prelegent główne zarzuty, z różnych stron podnoszone, przeciw wodociągowi, tak co do jakości i ilości wody, jakoteż co do poszczególnych urządzeń technicznych, zbijając je jako zupełnie nieuzasadnione. Wspomniał też i o żądaniach, stawianych ze strony wojskowości, które zaspokojono, a przeszkody stawiane usunięto, niestety ze znacznym nakładem finansowym; budynek mieszczący halę maszyn musiano na żądanie wojskowości poprostu wykuć w skalistej górze, co i czasu i pieniędzy dużo kosztowało.

Wykład nagrodzono hucznymi oklaskami, a przewodniczący w gorących słowach podziękował prelegentowi za bardzo zajmujący i ze znajomością rzeczy opracowany wykład, prosząc o jak najliczniejszy udział w jutrzejszej wycieczce, która będzie praktycznem dopełnieniem dzisiejszego wykładu teoretycznego.

Dr. Władysław Zydłowicz, sekretarz doroczny.

VIII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób wewnętrznych

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

Renon (Paryż), *»Aspergillosis«, jako choroba pierwotna.* W przeciwieństwie do dawniejszych poglądów Virchowa i in., broni prelegent (i niektórzy badacze francuzcy) zapatrywania, że kropidlak *(aspergillus fumigatus)* jest nie tylko pasorzytem drugorzędnym, następowym, lecz także bywa często pierwotnym drobnoustrojem chorobotwórczym, równorzędnym z grzybkiem promienicy lub prątkiem gruźliczym. Pierwotna „aspergillosis“ nie jest nawet według Renona chorobą wcale rzadką, przeciwnie jest cierpieniem na wskróś swoistem i dobrze określić się dającem. Pojawia się samoistnie u ludzi i zwierząt (ssawców lub ptaków), rozwija się na skórze, rogówce, szczególnie w narządzie oddechowym, tak w oskrzelach jak i płucach, wywołując t. zw. gruźlicę rzekomą (pseudotuberculosis) — nazwa, która się jeszcze utrzymuje we Francyi. Wyleczenie może nastąpić przez wydalenie ognisk grzybkowych; — skoro się jednak wytworzą jamy, zejście bywa niepomyślne. W etyologii odgrywa główną rolę zakażenie zbożem, albowiem najczęściej zapadają ludzie, zajęci przy zbożu. Również doświadczalnie można wywołać u zwierząt płucną aspergillosis z znamiennem obumarciem tkanek i owrzodzeniami.

Triboulet (Paryż). *Przyczynek do bakteryologii gośćca stawowego.* Tak w przebiegu zwykłego ostrego stawowego, jak i powikłanego z zapaleniem osierdzia, śródsierdzia i t. p., stwierdzić można rozmaitego rodzaju drobnoustroje: paciorkowce, gronkowce, dwoinki (Achalme, Triboulet i Coyon). Dotychczas nie można żadnego prątka uznać za swoisty dla gośćca stawowego, nie udało się bowiem żadnym z nich doświadczalnie wywołać powyższego cierpienia. Mimo to należy przyjąć ze względu na rokowanie te przypadki chorobowe za pomyślne, w których krwi nie można wykazać drobnoustrojów, — w innych należy się spodziewać powikłań. Zdaje się, że krew chorych na gościec jest bardzo dobrą pożywką dla

drobnoustrojów, — skoro tak szybko się w niej mnożą, łatwo wywołując następowe zakażenia, które dopiero nadają cechę kliniczną poszczególnym przypadkom.

Rozprawy: Widal (Paryż) spostrzegał w wysięku surowiczym, pochodzącym z 3 przypadków ostrego gośćca stawowego, leukocyty wielojądrzaste, których nie było w urazowych zapaleniach stawów. Zdaje się więc, że są znamieniem bardziej swoistem, aniżeli prątki, dla zniszczenia których są przeznaczone.

Papillon (Paryż) zwraca uwagę na okoliczność, że zakaźne pochodzenie ostrego gośćca stawowego można już poznać po jego nagminnie odnawiającem się występowaniu w niektórych domach.

Lenoble (Brest). *Semiologia skrzepu i surowicy krwi w plamicy.* W kilku przypadkach plamicy krwotocznej stwierdził prelegent 3 właściwości krwi, które uważa za znamienne: a) surowica nie osiada z krwi, skrzepy się bowiem nie oddzielają; b) liczba hematoblastów zmniejsza się odpowiednio do natężenia choroby; c) obecność jądrzastych ciałek czerwonych krwi. W przebiegu zaś lekkiej plamicy gośćcowej oddzielają się surowica i skrzep w zwykły sposób i w krótkim czasie.

Rozprawy: Apert (Paryż) sądzi, że istotnie stwierdzić można wyżej przytoczone nieprawidłowości krwi w przebiegu plamicy krwotocznej, — atoli nie zawsze. Z drugiej strony można także objawy te napotkać i w innych chorobach, n. p. w durze brzusznym przy stwierdzaniu surowiczego odczynu Widala.

Le Gendre (Paryż). *Patogeneza dny.* Referent omawia nader wyczerpująco liczne teorye o istocie i powstaniu gośćca od najdawniejszych czasów aż do ostatnich lat; — punktem ciężkości wszystkiego jest prawie wyłącznie kwas moczowy i jego sole w swem chemicznem i fizykalnem działaniu. Jedne teorye starają się wyjaśnić tylko pojedynczy napad dny, inne znów — zasadnicze, trwałe i przyczynowe zaburzenia zachodzące w przemianie materyi. Również i dziedziczność odgrywa wielką rolę. Kliniczna statystyka wykazała wcale niedwuznacznie, że dna z upodobaniem występuje u takich osób, w których rodzinie stwierdzić się dadzą cierpienia stawowe lub też zaburzenia ogólnoustrojowe (cukrówka, otyłość); często nawet z jednem z nich się wikła. Bouchard dosadnie udowodnił, że istota cukrówki polega na zmniejszonej zdolności spalania cukru w ustroju i doprowadzenia tej przemiany chemicznej do ostatecznych składników; tak samo można z prawdopodobieństwem przyjąć, że dna powstaje przez niedostateczną przemianę azotu w komórkach i upośledzony rozpad drobin białkowatych. Następstwem tego niezupełnego zniszczenia produktów przemiany materyi jest zastój w ustroju, zarówno skutkiem niektórych kwasów (octowego, szczawiowego, mlekowego i t. d.), zmniejszających warunki rozpuszczalności kwasu moczowego, jak i niektórych ciał organicznych, wywołujących przez swój jad poszczególne napady dny. Nie mniej da się także stwierdzić pewne powinowactwo między dną a zapaleniem nerek, które często jest cierpieniem przedwstępnem lub powodującem napady. Dna nabyta jest wynikiem nieodpowiedniego sposobu życia i odżywienia (nadmiar pokarmów bogatych w azot lub kwas szczawiowy, niedostateczny ruch, nadmierne wytężenie układu nerwowego), lub zatrucia (ołów); — dna dziedziczna powstaje skutkiem przeniesienia zaburzeń w odżywieniu komórek na jajo i plemniki.

Duckworth (Londyn) (korreferent) również zapatruje się na dnę, jako na wyraz zaburzeń w odżywieniu, polegającem na niedostatecznej, względnie niezupełnej, przemianie materyi, być może w nerkach, a prawdopodobnie w wątrobie. Przytem występuje skłonność do wytworzenia nadmiernej ilości kwasu moczowego, nagromadzającego się okresowo we krwi. Histologia nie zdoła jeszcze wyjaśnić przyrody tych zaburzeń, które właśnie nie polegają na zmianach w budowie, lecz prawdopodobnie odnoszą się do odżywczo-nerwowego wpływu na czynność komórek; zmiany anatomiczne mogą się następowo wytworzyć, lub w zarodku być odziedziczone. Domieszka we krwi kw. moczowego, która jest właściwością dny, nie znachodzi się w takiej mierze w żadnem cierpieniu, jednakowoż nie wywołuje sama przez się napadów dny, ale te są następstwem szczególnych odżywczo-nerwowych wpływów; — w przebiegu dny, jak i każdej skazy moczanowej, napotyka się nerwicę centralną. Kwas moczowy nagromadza się w znacznej ilości w najrozmaitszych narządach ustroju, nie wywołując bolesności lub napadów; — bywa wprawdzie czasowo wydzielany, ma jednak w każdym razie skłonność do usadowienia się w tkankach mniej unaczynionych. Istotnymi chorobotwórczymi czynnikami dny są z jednej strony zmiany we krwi, wywołane nieprawidłową przemianą materyi w komórkach i tkankach, z drugiej strony zaburzenia miejscowe i odżywczo-nerwowe.

Rozprawy: Teissier (Lugdun) twierdzi, że od właściwej dny należy odróżnić gościec, który czasami pojawia się naprzemian u członków jednej rodziny. Atoli sposób powstania obydwóch tych cierpień jest rozmaity. Dna znamionuje się usadowieniem kwasu moczowego w tkankach, w przebiegu zaś gośćca daje „nitkowa próba" Garroda wynik ujemny; natomiast stwierdzić można nadmierną ilość kwasu szczawiowego. W jaki sposób ta przemiana przychodzi do skutku? niewiadomo.

His (Lipsk). Pojawianie się kwasu moczowego we krwi jest zagadkowe; już bowiem w wodzie jest łatwo rozpuszczalny; — objaw ten jest tylko wówczas możliwy, jeśli kwas moczowy znachodzi się we krwi w połączeniu chemicznem, dotychczas nieznanem. Kryształki kwasu moczowego bywają, — zarówno jak inne ciała obce, — wchłaniane i niszczone przez komórki wędrujące (Wanderzellen); wielka też część moczanów znika w ten sposób z ustroju. Podawanie leków, tworzących z kwasem moczowym związki lekko rozpuszczalne, jest bez znaczenia; — kwas moczowy wprawdzie rozpuszcza się, ale skutkiem istniejącej zasady wytwarza się najczęściej inna sól, trudno rozpuszczalna.

Widal i Ravant (Paryż) *Cytodiagnostic des épanchements sero-fibrineux de la plèvre.* Badanie komórek, znajdujących się w wysiękach opłucnowych, może dawać ważne wskazówki, tyczące się rozpoznania, patogenezy i etyologii cierpienia. Do tego celu wystarcza kilka sześciennych centymetrów płynu, otrzymanego przez nakłócie, odwłóknionego i centryfugowanego, — poczem następuje barwienie tioniną, hematoksylin-eozyną i (triacid)em Ehrlicha. Prelegenci rozporządzają materyałem, składającym się z 60 przypadków i okazują na tablicach różnorodność wyników. W przebiegu samoistnego zapalenia opłucnej znajdują się wyłącznie małe, grupujące się limfocyty, gdzieniegdzie także czerwone ciałka krwi. Przy zapaleniu gruźliczem opłucnej w jego rozmaitych postaciach bardzo rzadko napotkać można twory uorganizowane; tu i owdzie stwierdzić można kilka starych zniekształconych wielojądrzastych leukocytów. Uwagi godnym jest wynik badania przy dwoinkowem zapaleniu opłucnej, czerwone ciałka krwi ze skąpą ilością limfocytów, bardzo wielka ilość wielo- i jednojądrzastych komórek pochodzenia śródbłonkowego, — niektóre z nich nadmiernej wielkości, zawierające nadto w swej pierwoszczy komórki wielojądrzaste. W przebiegu urazowego zapalenia opłucnej lub takiegoż u chorych na serce lub nerki, znamienne są wielkie komórki śródbłonkowe z powierzchni błony surowiczej, pojedynczo lub w grupach po 2, 3 i 4.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Kilka uwag w sprawie wykładów o chorobach wenerycznych i samogwałcie dla dorastającej młodzieży szkół średnich.

Podał

Dr. Władysław Żydłowicz

b. asystent Kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniw. Jagiell.

Na ostatniem posiedzeniu grudniowem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, poruszył Dr. Bier na czasie będącą sprawę podjęcia badań nad stanem zdrowia młodzieży szkolnej, a w toku rozprawy nad tym przedmiotem Dr. Borzęcki wystąpił z pomysłem urządzenia wykładów o chorobach wenerycznych dla dorastającej młodzieży szkół średnich, w którychby zwrócono jej uwagę na niebezpieczeństwo zakażenia ustroju chorobami wenerycznemi przy sposobności odwiedzania domów publicznych. Za pobudkę do takich wykładów posłużyło koledze B. jego własne spostrzeżenie, że choroby weneryczne coraz częściej przydarzają się u młodzieży. Sprawę wykładu zrozumieć należało w ten sposób, że pouczanoby w słowach przystępnych młodzież o domach publicznych i zawodowem zajęciu ich mieszkanek, a dalej omówionoby etyologię i objawy chorób wenerycznych, a więc rzeżączki, wrzodu miękiego, wrzodu twardego i kiły, tak wczesnej, jak i późnej. Że przy tej sposobności zwróconoby uwagę młodzieży przedewszystkiem na kiłę i wielorakie groźne dla ustroju zmiany, jakie ta choroba nieraz wywołuje, zwłaszcza w późniejszych okresach, a więc przedewszystkiem na zmiany w układzie nerwowym, nie ulega chyba wątpliwości. Przestrzeżonoby więc młodzież w takim zbiorowym wykładzie, na co się naraża, sięgając po owoc zakazany, a

w końcu poradzonoby jej również, by, gdy już „nieszczęście“ się stało, zwracała się natychmiast do lekarzy specyalistów.

Na tem samem posiedzeniu Dr. Zoll zwrócił jeszcze uwagę na samogwałt. któremu młodzież z upodobaniem się oddaje, a i tu także wykład popularny o samogwałcie i szkodliwych jego następstwach, miałby, zdaniem jego, zapobiedz szerzeniu się tego zgubnego nałogu.

Jak władze szkolne i rodzice, względnie opiekunowie domowi młodzieży, na projekt Dr. Borzęckiego i Zolla zapatrywać się będą i czy wkrótce przyjdzie do urządzenia takich zbiorowych wykładów w naszych szkołach średnich, sądu dziś wydawać nie chcę, a pragnąłbym tylko wyłożyć moje zapatrywanie na tę sprawę.

Czy choroby weneryczne w ostatnich czasach, jak to twierdzi Dr. Borzęcki, rzeczywiście coraz częściej przydarzają się u wspomnianej młodzieży? trudno na to pytanie odpowiedzieć, bo nie mamy w tym względzie statystyki. Zrobiono alarm, zdaniem mojem, fałszywy. Gdyby nawet coś na tem twierdzeniu było, gdyby rzeczywiście liczba chorych uczniów szkół średnich nieco w ostatnich czasach się wzmogła (spostrzeżenia z mojej praktyki zdania Dra Borzęckiego nie potwierdzają). to przyczyn tego objawu szukaćby należało gdzieindziej. Wszak liczba młodzieży szkół średnich wzrasta szybko z roku na rok. Nie mam statystyki z przyrostu liczbowego młodzieży, ale że on jest i to znaczny, dowodzi tego przeciwustawowe przepełnienie szkół średnich w całej Galicyi. O przyroście odsetkowym młodzieży, zapadającej na choroby weneryczne, moglibyśmy z czystem sumieniem mówić dopiero wtedy, gdyby nam się udało zestawić statystykę lekarską z ostatnich czasów odnośnie do tych chorób u naszej młodzieży, porównać ją z takąż statystyką z lat poprzednich, i tej lekarskiej przeciwstawić statystykę szkolną przyrostu młodzieży i dopiero wtedy. gdyby z tego porównania wypadła liczba. świadcząca na niekorzyść naszej młodzieży, przyznać moglibyśmy do pewnego stopnia słuszność twierdzeniu dra Borzęckiego, który z ilości a nie z odsetka wnioskuje i dlatego łatwo pomylić się mógł.

Ale gdyby nawet udało się nam stwierdzić, czego kol B. nie zrobił, że odsetek młodzieży, zapadającej na choroby weneryczne, wzmógł się w ostatnich czasach, to byłoby to tylko dowodem, że choroby weneryczne wzmagają się coraz bardziej, ztąd i większa liczba zapadających na nie z pośród młodzieży, pomimo że odsetek młodzieży, uczęszczającej do domów publicznych. nie wzmaga się wcale. I tu wina społeczeństwa i rządu. że choroby weneryczne szerzą się coraz bardziej; społeczeństwo nie domaga się naprawy opłakanych stosunków. rząd zadowolony. że go nikt nie niepokoi, siedzi cicho. W ostatnich czasach społeczeństwo stanęło do walki z potężnym wrogiem: gruźlicą, a niezdecydowano się zabrać do walki z drugim, niemniej potężnym, tj. z chorobami wenerycznemi, może potężniejszym od pierwszego, bo wyłaniającym się z najsilniejszego ze wszystkich popędów, popędu płciowego. Ażeby więc uchronić nietylko młodzież szkół średnich, ale i ludzi dojrzałych od chorób wenerycznych, u których są one jeszcze częstsze, trzeba przedewszystkiem zabrać się do uporządkowania sprawy prostytucyi, a inicyatywa do tego dzieła powinna wyjść z łona lekarzy.

Że pewna część młodzieży szkolnej odwiedza domy publiczne, to winien jest temu brak troskliwej nad nią opieki domowej. Pomijam młodzież, mieszkającą przy rodzicach, choć i tu różnie bywa, a przejdę do jej opiekunów płatnych. Trzymający „na stancyi“ studentów z małymi wyjątkami troszczą się jedynie o to, by z tych chłopaków „wyżyć“; nie wiele ich obchodzi, co robią poza szkołą i domem. Sądzą, że gdy uczeń jest syty, to już spełnili na nich ciążący obowiązek. a gdy w dodatku nienajgorzej się uczy i z klasy do klasy „przechodzi“, to już i rodzice są im bardzo wdzięczni. Mylnym byłby sąd. że te stosunki panują tylko w tak zwanych sferach niższych; przydarzają się one też i gdzieindziej. Zazwyczaj niedokończony słuchacz uniwersytetu, człowiek, jak mówią, „wykolejony“, nie mając z czego żyć, gdy jest w dodatku żonaty, zakłada tak zwany „pensyonat“ i przyjmuje wprawdzie niewielu chłopców pod swe opiekuńcze skrzydła. ale za to dobrze płatnych (opłata, jaką zazwyczaj uiszczają bogaci rodzice. wystarczy utrzymującym pensyonat i do wychowania własnych dzieci i wyżywienia całej rodziny). Ale też za to jest w ciągłej zależności od swych pupilów i drżąc o swój byt, toleruje ich wybryki i wycieczki.

Zatem niedostateczny dozór domowy ponosi niemałą winę w szerzeniu się chorób wenerycznych u młodzieży. Nad tym domowym nadzorem winny władze szkolne rozciągnąć baczną opiekę (bez użycia oczywiście szpiegostwa). Kontrola ta winna być jawną i mieć charakter ojcowski; władze szkolne powinny stworzyć łańcuch, łączący nauczycieli, rodziców, względnie opiekunów i młodzież szkolną, a uważałbym za pożyteczne dla opiekunów młodzieży urządzać od czasu do czasu pogadanki i odczyty, aby ich pouczyć o obowiązkach przyjętych. a jak dotychczas niezawsze należycie spełnianych. W odczytach takich należałoby poruszyć i sprawę chorób wenerycznych u młodzieży. Wzajemne zbliżenie się i porozumienie na pewno przyniesie więcej korzyści, niż cała serya odczytów o chorobach wenerycznych dla młodzieży. Na pochwałę dzisiejszego nauczycielstwa przyznać trzeba, że stosunki te w ostatnich czasach znacznie się poprawiły; wycieczki popołudniowe pod przewodnictwem nauczycieli, wspólne gry i zabawy na świeżem powietrzu, lub godziwe a nie nużące zajęcie umysłu w chwilach wolnych od nauki, zabierają poprostu uczniowi czas, któryby w innych warunkach obrócił na wałęsanie się poza domem i złe towarzystwo; ten sposób najlepiej, a nadto z pożytkiem dla ustroju uchroni ucznia od rozmaitych zdrożności, a tem samem i od chorób wenerycznych.

Istnieje projekt zaprowadzenia u nas instytucyi lekarzy szkolnych i — jeśliby ta kiedy w życie weszła, przyczynićby się mogła w niemałym stopniu do poprawy stosunków higienicznych naszej młodzieży i wpłynąć korzystnie na zmniejszenie się u niej chorób wenerycznych. Niezbędnym atoli jest tu warunkiem, ażeby lekarze szkolni nie spełniali swych obowiązków tylko „ex officio“, byle się ich pozbyć, lecz stali się doradzcami i powiernikami młodzieży pod względem zdrowia; byłby to wielki krok naprzód w wychowaniu fizycznem naszej młodzieży. Tylko żeby nie zrobiono. o co w naszych stosunkach nietrudno. z instytucyi tej piątego koła u wozu, bo szkoda na to nawet małych wydatków; lekarze szkolni powinni mieć w sprawach, gdzie o zdrowie młodzieży idzie, głos nietylko doradczy, ale rozstrzygający i dlatego powinni wejść do grona nauczycieli z równymi im prawami.

Mundurek ma też zdaniem mojem niepośledni wpływ na szerzenie się chorób wenerycznych u naszej młodzieży i dlatego usunąć go należy. Władze szkolne wprowadzając mundurki sądziły, że będą one niejako hamulcem dla rozmaitego rodzaju wykroczeń. Jak daleko teorya odbiegnąć może od praktyki, najjaskrawiej się tu okazało. Pedagodzy podnosili różne strony ujemne mundurka i bardzo słusznie; ja zwrócę na jedno jeszcze uwagę. Czy mundurek chroni młodzież od uczęszczania do domów publicznych? bynajmniej. Wszak w przedsionku domów publicznych nie siedzi cerber, któryby umundurowanych młodzieńców zawracał od bramy, strój tu nie odgrywa żadnej roli. Wprawdzie istnieją przepisy policyjne, zabraniające pod surową karą utrzymującym domy publiczne wpuszczać młodzież szkolną do tych przybytków, ale jak ten nadzór policyjny jest wykonywany, można się dowiedzieć od leczących się uczniów, którzy w przeważnej liczbie nabawiają się chorób wenerycznych od prostytutek właśnie w domach publicznych. Zresztą nic

łatwiejszego dla zamożniejszych studentów, jak sprawić sobie oprócz mundurka przepisanego także i ubranie „cywilne“ i włożyć je na siebie, gdy mają zamiar odwiedzić dom publiczny. Ażeby zrozumieć, o ile mundurek sprzyja szerzeniu się chorób wenerycznych u młodzieży, trzeba się wpierw zastanowić, co to są prostytutki. Tylko niedoświadczony będzie twierdził, że są to albo kobiety uwiedzione, albo takie, które nędza i niemożność zarobkowania sposobem uczciwym zmusiły do szukania utrzymania na tej drodze. Przeciwnie. Są to prawie zawsze kobiety uwiedzione dla tego, bo same się o to dopraszały, a które mając do uczciwej pracy wstręt, nigdy się jej nie oddają i nie oddawały. Że tak jest, to najlepszym dowodem, że prostytucya kwitnie nawet tam, gdzie jest popyt za pracownicami i wielkie ich zapotrzebowanie, oraz że prostytucyi oddają się często kobiety, które mają dostatnie zkądinąd utrzymanie. Jeśliby szło o porównanie tego żeńskiego odłamu społeczeństwa z płcią męzką, to porównaćby można te kobiety do włóczęgów, tak zwanych „wagabundów,“ którym przypada wszystko do gustu, prócz pracy. Że prostytutki przyznają się do tej kategoryi, najlepszym dowodem, że w towarzystwie nocnych włóczęgów i złodziei z przyjemnością czas przepędzają, a kradzieży dopuszczają się bardzo często na własnych klientach, jak tego dowodzą kroniki policyjne. Są to osobniki zwyrodniałe fizycznie i psychicznie; prostytucya istniała tak dawno, jak świat, i istnieć będzie, a kto bliżej zna te kobiety, zdanie moje potwierdzi. Wiadomo, że do wielkich sukcesów tych kobiet należy, gdy uda im się uwieść kilkonastoletniego chłopaka; chwalą się z tego nawet przed innemi. I cóż łatwiejszego, jak chłopaka, u którego budzi się popęd płciowy z całą siłą młodości, wciągnąć do domu rozpusty? za rozkosze płciowe nawet nie zawsze żądają zapłaty; zapłatą jest na razie zaspokojona ambicya uwiedzenia. Są to najczęściej starsze wiekiem prostytutki, wyćwiczone już w takich łowach, a możnaby je porównać odnośnie do płci męzkiej, z tą kategoryą mężczyzn o chorobliwym narządzie płciowym, którzy swój popęd usiłują zaspokoić na nieletnich dziewczętach. Wybierają jeszcze i dlatego młodych chłopców, że spodziewają się z ich strony delikatnego obejścia i pewnego rodzaju szacunku, co schlebia ich miłości własnej. Otóż rolę pośrednika w takiem wyłapywaniu młodych chłopaków odgrywa mundurek studencki; jakie wrażliwe ciało pod niem się kryje, wiedzą o tem dobrze prostytutki i w wieczornej porze robią z tego użytek. Jeden uśmiech powłóczysty i obejrzenie się za swą ofiarą wystarcza, by studencik z bijącem sercem podążył za swą uwodzicielką. Podniosłem tę jeszcze jednę ujemną stronę mundurka, by zwrócić uwagę, że w szerzeniu się chorób wenerycznych u młodzieży ma ona niepoślednie znaczenie. (Dok. nast.).

Odpowiedź Doktorowi W. na: „kilka uwag o wykazach szczepienia ospy“.

W *Przeglądzie Lek.* Nr 10 równocześnie z pochlebną wzmianką w Sprawozdaniu „Towarzystwa Samopomocy“, pojawiła się krytyka mojego projektu, dotyczącego zmiany wykazów szczepienia, podpisana przez Dra W., na którą odpowiadam:

Lekarz, szczepiąc, względnie rewakcynując, 1500 (zwykle) a nawet 2000 osób, musi przy dotychczasowym systemie przepisać 2 razy tyle imion i nazwisk (razem), a więc k i l k a t y s i ę c y. — Ilość godzin tej bezmyślnej pisaniny będzie tą samą, czy będzie dokonywał jej lekarz np. przez 2 tygodnie, czy też przez problematyczne „pół roku“ (?).

W projekcie moim chodzi o ułatwienie pracy lekarzom, a nie o przypisywane mi przez Szan. krytyka „osobne wynagrodzenie“ im za napisanie wykazów, którego, — że nie ma, — tylko mimochodem wspomniałem. Ta uciążliwa i mozolna praca lekarza bez wynagrodzenia — nie zasługuje, mojem zdaniem, na porównanie z krawieckimi rachunkami etc.

Wynagrodzenie za szczepienie według słów krytyki „nie ostatnie“ w jednym z powiatów (za szczepienie, względnie rewakcynacyę, za rewizyę, podróż okólną z prawem 4-krotnego tylko powrotu do miejsca pobytu i za — jak kto chce — pisanie wykazów), wynosiło razem za wszystko po 8 centów od osoby. Bez komentarzy. (Liczbę zaczerpnąłem z dostępnego mi Sprawozdania c. k. Kraj. Rady zdrowia za r. 1897.)

Jak przy dotychczasowym, tak samo i przy proponowanym systemie, te same, co i dotychczas (z wyjątkiem Zwierzchności gminnych), urzędy i w tym samym czasie będą wypełniać wykazy, co nie może więcej niż dotychczas zająć czasu, gdyż rubryki, przeznaczone do wypełnienia przez te urzędy, są te same, co i w dotychczasowych wykazach, a więc projekt mój pracy tych urzędów nie zwiększy.

Że urzędy nie pobierają za sporządzenie dotychczasowych wykazów wynagrodzenia, nie jest moją rzeczą. — Mogą one wbrew twierdzeniu Szan. krytyka mieć do sporządzenia przez siebie wykazów do szczepienia cały rok, a do wykazów rewakcynacyi 10 lat czasu, przynajmniej w podobny sposób, jak lekarz do sporządzenia wykazów I i II ma rzekomo „pół roku“. (R z e k o m o: gdyż lekarz nie może przecież sporządzać wykazów nie ukończywszy szczepienia, które także zajmuje sporo czasu.)

Sporządzenie przez urząd parafialny w z w y k ł y c h w a r u n k a c h wykazów z **1** do **3** gmin i to osób jednego tylko wyznania nie zajmie tyle czasu, co sporządzenie przez lekarza w dotychczasowym systemie wykazów mieszkańców k i l k u n a s t u gmin i wszystkich wyznań; w jakiż sposób zatem urzędy te, jak Szan. krytyk twierdzi, mogą mieć „pracę nie mniejszą od lekarza“?

Przepisanie wykazu, przeznaczonego d l a j e d n e j t y l k o g m i n y, przez dotyczącą zwierzchność gminną zajmie z w y k l e kilka co najwyżej godzin czasu i pociągnie koszt kilkunastu halerzy; a więc „niesprawiedliwość“ podziału pracy przy moim projekcie odnośnie do zwierzchności gminnych, co ze słów krytyki wynikałoby, nie jest uzasadnioną; a nie jest także dlatego, że szczepienie istnieje dla ludności, a nie dla lekarza, a więc i społeczeństwo, t. j. jego organa wykonawcze, powinno słusznie przyczynić się do ułatwienia pracy lekarzowi przez ponoszenie pewnego trudu i choćby nawet drobnych kosztów.

„Niepraktyczny“ według słów krytyka format proponowanych przezemnie wykazów 25×40 cm. jest formatem wszystkich dotychczasowych wykazów szczepienia I—V, które dotychczas nie potrzebowały „osobnych tek“, ani „specyalnych kopert“. Zmniejszenie zresztą formatu jest rzeczą podrzędną, można wykazom nadać wielkość zwykłego (rozłożonego) pisarskiego arkusza tak, aby wykaz składał się z dwu stronic — z rubrykami, aby je niezbyt ścieśnić, przebiegającemi w poprzek arkusza.

Proponowane przezemnie wykazy z wyjątkiem dodania kilku rubryk nie wiele różnią się od dotychczasowych, a więc nie są tak „zawiłe“, aby się w nich urzędy nie oryentowały. Co najwyżej *przeniesienie mniej szczęśliwie przezemnie umieszczonej rubryki oznaczonej 1. pomiędzy rubryką 7. a 8. ułatwiłoby przegląd.*

Co do odpisów wykazów przez zwierzchności gminne, to w każdej wiosce jest pisarz, który mając do tego kilka dni czasu, potrafi w kilku co najwyżej godzinach przysłane wykazy d o s ł o w n i e odpisać, co nie jest znów tak trudne; obawa zatem Szan. krytyka w tym kierunku jest płonną.

Nie otrzymawszy od zwierzchności gminnej na czas odpisów, lekarz mógłby przy s a m e m szczepieniu mieć nieco utrudnioną pracę, ale nie rozumiem, poco miałby lekarz sam przepisywać wykazy, jak to przypuszcza Szan. krytyk, skoro to będzie obowiązkiem zwierzchności gminnej, ale nie lekarza.

Następnjącego ustępu, ani myśli, z której możnaby go wysnuć, w całym moim artykule nie ma: „Zapewnia także autor o koniecznej potrzebie, bez czego dotąd się obeszło, zestawienia przez lekarza dla każdej gminy osobnych sumaryuszów na okładce wykazów rożnych wyznań i szkolnych, co także pracy lekarzowi nie umniejszy“. Przeciwnie, choć nie mogłem tego w szablonie podanym przy *wzorze A* zaznaczyć, — po to właśnie podałem rubrykę oznaczoną przez 1., aby nie sumować każdego wyznania osobno, ale wszystkie w całej gminie razem, co i dotychczas zawsze się robiło.

Niejasnem jest dalej dla Szan. krytyka, w jaki sposób wykazy proponowane przezemnie ułatwią c. k. lekarzowi powiatowemu sprawdzenie. Według ustawy c. k. lekarz powiatowy obowiązany jest „sprawdzić, czy liczba szczepionych rewidowanych i t. d., podana w rachunku, zgadza się z liczbą wymienionych w wykazach“. Aby dokonać tej czynności, c. k. lekarz powiatowy musi, a przynajmniej powinien, porównać choćby pobieżnie wykazy parafialne z wykazem I i II, a następnie porównać z rachunkiem. W moim projekcie, ponieważ nie będą osobno wykazy parafialne, a osobno lekarskie I i II, tylko razem na tych samych formularzach umieszczone, — przeto czynność porównania wykazów parafialnych z wykazami lekarskimi odpadnie, lub przynajmniej, uwzględniwszy odpisy zwierzchności gminnych w tej samej formie dokonane, ułatwioną będzie. Wszak to zrozumiałe?

Z wyjątkiem powiatu, w którym pracuję i wielu jeszcze może innych powiatów, stosunki co do rewakcynacyi nie wszędzie są uregulowane, co sam Szan. krytyk w słowie „wyjątkowo“ mi przyznaje. Wobec tego rewakcynacyę należy uregulować drogą ustawy, t. j. rozporządzenia, gdyż innego sposobu na to nie widzę.

Pisze Szan. krytyk: „dawno już nie żąda się od urzędów parafialnych wykazywania dzieci, bez względu na to czy umarły czy żyją“. Ustawa jednak to nakazuje, a obowiązywać nas powinna tylko ustawa, a nie obchodzenie jej.

Prócz uzasadnionego, jak to powyżej wykazałem, a tak drobnego obciążenia zwierzchności gminnych, że nazywać go obciążeniem nie warto, projekt mój, jak to udowodniłem, nie powiększy pracy innych urzędów. Ponieważ zaś wykazy sporządzać bądź co bądź muszą urzędy parafialne metrykalne i zarządy szkół, — skoro tego uniknąć nie można, — dlaczegóż więc nadal skazywać lekarzy na bezmyślną i — *cui bono?* — pisaninę, której nikt nie czyta, skoro jest sposób na to: zmienić formę wykazów. Dlaczego pracę, którą bądź co bądź dokonują nawet przy obecnym systemie już zbiorowe siły, zwalać na jednego lekarza, bez możności dla niego korzystania z wyników tej zbiorowej pracy? Dlaczego do współdziałania nie powołać społeczeństwa t. j. organów wykonawczych tego społeczeństwa, a nie lekarza tylko, skoro ze szczepienia nie lekarz, ale społeczeństwo głównie odnosi korzyści, bo szczepienie nie dla lekarzy, ale dla społeczeństwa istnieje? Projekt mój zmierza do tego, aby do wspólnej pracy, przedstawiającej wspólny, a nietylko lekarza interes, powołać różne z mocy urzędu przeznaczone do tego czynniki, a nie zwalać prawie wszystkiego na barki jednego lekarza i wymagać od niego bez istotnej potrzeby poświęcenia jego sił i pracy, co powinno raz na zawsze wyjść z „fasonu“.

Nowy projekt Dra W., mający mój zastąpić, a zmierzający do tego, aby wykazów I i II lekarze wcale nie przedkładali, tylko jakieś „sumaryczne zestawienia“ dla każdej gminy na jakichś „osobnych okładkach“, usuwa się z pod porównania z moim projektem, z pod oceny i krytyki, ponieważ szanowny autor „kilku uwag“ bliżej go nie określił, ani formy, może ze szkodą dla sprawy, nie podał.

Na tem kończę moją zbyt może szczegółową odpowiedź. Uważając sprawę za wyczerpaną, niechcę nadużywać gościnności „Przeglądu Lek.“ i na przyszłe zarzuty nie odpowiem. Nie mniej jednak wdzięczny jestem szan. krytykowi za podanie „kilku uwag“, co dało mi sposobność wyjaśnienia może nie zrozumiałych, gdyż zbyt zwięźle poprzednio sformułowanych spraw.

Krytyka tylko bowiem może wyjaśnić sprawę i otworzyć drogę dla postępu. *Dr. Zasacki.*

X. Wiadomości bieżące.

† Ś. p. Dr. MIECZYSŁAW WŁADYSŁAW GEDL.

Dnia 3-go lutego br. zakończył życie w Wadowicach Dr. Mieczysław Gedl, zastępca członka Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, lekarz wielce ceniony i wzięty, — człowiek niepospolicie zdolny.

Zmarły przyszedł na świat r. 1852 w Wiedniu, był synem Edwarda, nadwornego sekretarza przy sądzie kasacyjnym w Wiedniu, i Eleonory z Białkowskich. Szkoły ludowe ukończył w Bochni, a gimnazyum w Rzeszowie i już na tych ławach, jako też i później między rokiem 1871 a 1877 na uniwersyteckich w Krakowie, zyskał sobie swym czystym jak łza charakterem i zdolnościami miłość kolegów i uznanie przełożonych. Po osiągnięciu dyplomu doktora wszech nauk lekarskich w Uniw. Jag. d. 19-go maja 1877 r. praktykował w szpitalu dziecięcym św. Ludwika w Krakowie, poczem osiadł w Wadowicach, gdzie z początku jako lekarz sądowy i więzienny, a następnie od r. 1890 jako lekarz miejski pełnił zaszczytnie swe obowiązki nietylko lekarskie, ale i obywatelskie. Na tem ostatniem polu odznaczył się nadzwyczajnem popieraniem i krzewieniem idei sokolskiej, założył i utwierdził Towarzystwo „Sokoła“ w Wadowicach; żmudną pracą wśród licznych trudności założył i doprowadził do końca budowę gmachu „Sokoła“, który po wieczne czasy związany będzie ideą z imieniem ś. p. Dra Gedla i stanowić będzie najlepszy pomnik jego zasług obywatelskich.

Jakim zaś był lekarzem, tego najlepszym dowodem ogólny, szczery żal wszystkich, którzy zasięgali jego pomocy lekarskiej, żal po szczerym i serdecznym doradcy, — opiekunie i przyjacielu. Wyrazem żalu było złożenie licznych wieńców, lub też datków na rzecz „Sokoła“.

Zasłużonemu i wielce cenionemu lekarzowi, człowiekowi niezmordowanej pracy obywatelskiej i czystego jak kryształ charakteru niech towarzyszy do grobu wdzięczna i wieczna pamięć!

Dr. Stanisław Żędzianowski.

Kraków, 20 marca 1901.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, w celu uczczenia długoletnich zasług kol. Dr. Władysława Ściborowskiego, położonych około zawiązania i rozwoju Towarzystwa, wybrano go jednomyślnie członkiem honorowym.

Następnie kol. Doc. Bossowski przedstawił dwóch chorych przez siebie operowanych, objaśniając to przedstawienie szerszem omówieniem obu przypadków; wreszcie Doc. Marchlewski miał wielce zajmujący wykład p. t. »O pokrewieństwie barwika krwi z chlorofilem.«

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło d. 15 b. m. posiedzenie naukowe. Uchwalono wziąść udział we wspólnym adresie instytucyj naukowych austryackich do R. Vichowa z powodu jego jubileuszu.

Kol. Spalke przedstawił ponownie chorego, uleczonego po doszczętnem śródkrtaniowem wycięciu bardzo licznych i różnej wielkości włókniaków krtani.

Kol. Moraczewski mówił o przemianie materyi w przypadku »akromegalii« pod wpływem soli srebra, tlenu, fosforu etc.

Kol. Barącz miał odczyt: Kilka słów w sprawie swoistego mikroba t. zw. »botryomyces« u człowieka, z demonstracyą preparatów.

(c) *Nowiny Lekarskie* z każdym numerem zaznaczają coraz wybitniej swą dążność, aby się stać pismem sprawozdawczem, stojącem na wysokości dzisiejszych wymagań i wypełnić wszystkie punkta jakie program takiego pisma obejmować powinien; świadczy o tem świeżo wydany Nr. 3 (za marzec), który jest znowu krokiem naprzód. Dział artykułów oryginalnych mieści same treściwe prace, dotyczące zagadnień, będących na dobie w medycynie praktycznej. Następują dwa streszczenia zbiorowe: jedno, dające przegląd postępów laryngologii, rynologii i otologii w roku ubiegłym, drugie omawia zastosowanie atropiny w niedrożności jelit. W dziale referatów streszczono niemniej jak 78 prac, nie licząc kilkunastu streszczeń, umieszczonych pod rubryką „Wiadomości drobniejszych.“ Za bardzo pożądane należy uważać wznowienie „Przeglądu prasy lekarskiej polskiej,“ która dzisiaj zbyt już jest liczną, aby jednostka mogła zdobyć się na posiadanie wszystkich czasopism polskich. Każdy zaś chyba z naszych lekarzy pragnie znać prace, ogłaszane po polsku, w czem obecnie *Nowiny* niezmierną będą pomocą. Po dziale, zawierającym opis nowych przyrządów lekarskich, następuje sprawozdanie z ruchu w Towarzystwach lekarskich, w którem znać duże ożywienie. Niewątpliwie najbliższe poszyty *Nowin* zawrą sprawozdania z innych także Towarzystw lekar. polskich, a nie pominą i zagranicznych. W fejletonie spotykamy opis budującego się sanatoryum w Zakopanem, pierwszego na ziemi naszej. Korespondencye przynoszą wiadomości ze wszystkich prawie ognisk naszego ruchu lekarskiego; oceny, skreślone fachowem piórem, odznaczają się bezstronnością i spokojem. W zakończeniu znajdujemy obfitą kronikę wraz ze skorowidzem Zjazdów naukowych w r. b. Wspomnieć wreszcie należy z uznaniem o doskonałym spisie treści i nazwisk autorów, dołączonym do każdego poszytu. Jednem słowem na każdym kroku postęp, zalecający *Nowiny* bardzo korzystnie, jako pismo podręczne dla każdego lekarza polskiego.

* Pomimo, że sprawę zakazu, wydanego przez ministra wojny, ażeby lekarze wojskowi nie brali udziału w IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich, oprócz Dr. Kozłowskiego, podniósł z naciskiem poseł Daszyński, pan Minister nie dał odpowiedzi obu interpelantom. Sądząc ze sprawozdań dziennikarskich, interpelanci nie replikowali, a tem samem zarzut, tkwiący na dnie tego zakazu, jakoby Zjazdy lekarzy polskich miały rzekomo cechę więcej polityczną, niż ściśle naukową, pozostał nietylko nie odparty, lecz nawet nie wyjaśniony, ze szkodą dla prawdy i dla instytucyi Zjazdów. Jaki więc jest cel takich interpelacyj, na które bezkarnie się nie odpowiada?

* Dnia 13 b. m. liczne grono lekarzy krakowskich przybyło do nowej krakowskiej kliniki lekarskiej, w celu jej zwiedzenia. Dyrektor kliniki, prof. Ed. Korczyński, skreślił historyczny rys starań i zabiegów o zdobycie tej budowli, porównał pierwotne plany z uszczuplonemi przez ministeryum oświaty, wreszcie wyraził uznanie dla fun-

kcyonaryuszów, którzy przyczynili się do dźwignięcia tego przybytku. Następnie wyłożył techniczne warunki przewietrzania, oświetlania i ogrzewania, a wreszcie oprowadził po salach i pracowniach, w których zebrani mogli przekonać się o obmyślanem zużytkowaniu nowoczesnej techniki do celów lecznictwa i nauczania.

* Dr. Biegański wystąpił z wnioskiem założenia w Częstochowie Towarzystwa lekarskiego.

* Z dniem 1 kwietnia rb. zacznie wychodzić w Warszawie czasopismo *Chemik polski*, tygodnik, poświęcony wszystkim gałęziom chemii teoretycznej i stosowanej. Redaktorem nowego czasopisma będzie Br. Znatowicz. Cena roczna wynosi 10 rubli. Tymczasowy adres: Warszawa, Krakowskie Przedmieście, 66, w redakcyi *Wszechświata*.

* Prof. R. Koch wyjeżdża na wyspy Bryońskie, w celu dalszego badania zakażenia zimniczego.

* Niemiecki komitet centralny, stojący na czele zakładów dla suchotników, powołał do życia międzynarodowe centralne biuro walki z gruźlicą. Doświadczenie lat ostatnich przekonało, że działalność przeciw gruźlicy przybrała olbrzymie rozmiary, a tem samem wyłoniła się niezbędna potrzeba biura pośredniczącego, które znajduje się w Berlinie (Wilhelmsplatz, 2).

* W myśl testamentu niedawno zmarłego redaktora *Wracza*, prof. Manasseina, redakcyę na następne trzy kwartały objął Dr. Władisławlew. Z końcem bież. roku wydawnictwo *Wracza* ma ustać ostatecznie (*Jeżeniedielnik* Nr. 9).

* Piąty międzynarodowy kongres fizyologów odbędzie się w Turynie od 17 do 23 września r. bież. pod kierunkiem prof. Angelo Mosso.

* Prezydyum Izby lek. berlińskiej postanowiło wysłać do Rady związkowej petycyę przeciwko przypuszczeniu wychowańców szkół realnych do uczęszczania na niemieckie Wydziały lekarskie i wezwało inne Izby niemieckie do wystąpienia solidarnego.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Pio Marfori został zwycz. prof. farmakologii w Padwie. Dr Rajmundo Garcia Quintero, mian. prof. chirurgii patologicznej w Saragosie. Kierownikiem w hamburskiej klinice dla chorób podzwrotnikowych mianowany został Dr. Nocht.

Zapiski bibliograficzne.

— *Czasopismo Lekarskie* Nr. 3: Goldman: Kilka słów o leczeniu owrzodzonej goleni sposobem Schleicha. Jarosiński Przypadek »choreae senilis.« Grodecki: Prosty zabieg leczniczy przy otruciu tlenkiem węgla. Sterling: Sprawozdanie z »Oddziału chorych piersiowych« przy szpitalu im. małż. Poznańskich w Łodzi za r. 1899 i 1900.

— *Zdrowie* (marzec): Michalski: O własnościach odolu. Tchórznicki: Kąpiele w wagonach. Chełchowski: Nasze chaty wiejskie przed 100 laty.

— *Przegląd Dentystyczny* Nr. 2: Krakowski; O przypadłościach ze strony jamy ustnej pod wpływem grypy.

— *Kronika Lekarska* Nr. 5: Winiarski i Wolfram: Trzy przypadki porażenia Landryego. Miklaszewski: O zmiennej nierówności źrenic. Hołowko: O śródmacicznem stosowaniu balonu kauczukowego w położnictwie.

— *Medycyna* Nr. 11: Kramsztyk; O zatruciu ługiem sodowym u dzieci. Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 11: Krokiewicz: Rak żołądka w następstwie wrzodu okrągłego. Meczkowski: Przyczynek do nauki o tężyczce (dok.). Bernhardt: Przyczynek kliniczny i anatomiczny do nauki o późnym syfilisie skóry.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 11: Jaklin: 41 laparotomie. Záhor: O klasifikaci příčin úmrti dle Bertillona (dok.).

— *La Semaine médicale* Nr. 10: Achard: Niebezpieczne wymioty podczas ciąży. Ehret: Znaczenie prątków nitkowatych w żołądku dla wczesnego rozpoznania raka tego narządu.

— *La Presse médicale* Nr. 20: Jayle: L'hôpital Bretonneau. Ehrmann: La recherche de l'albumine. Nr. 21: Debove: Néphrite latente chez un saturnin. Linossier: Le régime alimentaire des hyperchlorhydriques.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 11: Beer: O pierwotnym narządzie wzrokowym. Alt: O podwiązaniu żyły szyjnej (*v. jugularis*) przy zakrzepie w zatokach pochodzenia usznego. Zulchner: O szwie sercowym.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 11: Meyer: O podskórnem wstrzykiwaniu parafiny. Bertelsmann: Przypadek ucisku mózgu powstałego wskutek rozdarcia zatoki, wyleczony drogą operacyjną. Bender: O przewlekłem zesztywniającem zapaleniu stosu pacierzowego. Zahn: Przypadek ogólnego zapalenia nerwów. Stich: W sprawie arsenu. Gerlach: Przypadek porażenia miejsca przyczepu łożyska. Schulze: Przyczynek do leczenia zanogcicy. Gessner: O skaczącem z oka na oko rozszerzeniu źrenicy.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 11: Mertens: Biologiczny dowód pochodzenia ze krwi białka w moczu przy zapaleniu nerek. Michaelis: W sprawie niszczenia prątków gruźliczych w tłuszczach jadalnych. Rothman: O lipochromie komórek zwojowych. Heller: O rumieniu wypocinowym wielopostaciowym, powstającym po zadrażnieniu chemicznem cewki moczowej. Franck: O przyczynach powstawania zapaleń gruczołu sutkowego u dorastających. Steffeck: Przyczynek do leczenia macicy chorobowo ustalonej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 11: Schäper: Znaczenie kursów uzupełniających dla oficerów sanitarnych. Burghardt: O wpływie na Ehrlichowską dyasoreakcyę substancyi, posiadających silne powinowactwo do odczynnika Ehrlicha. Widenmann: Kazuistyka przepuklin przeponowych u osób żywych. Dorendorf: Przyczynek do nauki o porażeniu nerwu krtaniowego górnego. Menzer: Wynik bakteryologicznego badania w jednym przypadku zapalenia błon mózgowordzeniowych. Glatzel: Godny uwagi przypadek zapalenia grypowego krtani. Braun: Przyczynek do leczenia przerostu gruczołu krokowego. Werner: Rozsiane punkty kostne na powięzi uda. Nikolai: Przyczynek do zapalenia surowiczego powięzi Tenona. Stenger: O ropniu w mózgu pochodzenia usznego. Krummacher: Przyczynek do techniki i wskazań rozszerzania macicy. Hoffmann: O kiłowem wczesnem zapaleniu opon na podstawie mózgu.

Redakcya otrzymała:

Filipkiewicz: Cieplice Trenczyńskie na górnych Węgrzech. Beck C.: 1) Ueber den Werth der Castration bei Prostata-Hypertrophie. 2) Ueber Tendinitis und Tendovaginitis prolifera calcarea. 3) Zur Behandlung des Pyothorax. 4) On the treatment of metacarpal fracture. 5) On suspending the uterus on the round ligaments. 6) A new operation for inguinal hernia.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 27-go marca, o godz. 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Doc. Korczyński wygłosi odczyt na temat: „Rozwój i obecne stanowisko organoterapii“ (Część I.).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**